COMPLICATIONS HÉPATIQUES

DE

L'APPENDICITE

PAR

LE Dr LOUIS BERTHELIN

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX (RICORD ET SAINT-LOUIS)
MEDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

INTRODUCTION

Dans une communication du 16 novembre 1894 à la Société médicale des hôpitaux, M. le Dr Achard faisait remarquer :

« Que les travaux récents qui ont renouvelé l'histoire de l'an-
» cienne typhlite ont laissé quelque peu dans l'ombre une com-
» plication signalée pourtant par un assez grand nombre d'ob-
» servateurs au cours des lésions inflammatoires du cœcum et de
» l'appendice . . . .
» Cette complication consiste dans l'infection du foie ».

Sur le conseil de M. le Dr Achard dans le service duquel il nous a été donné de voir le malade dont l'observation servit de point de départ à sa communication, nous avons entrepris de synthétiser et de rassembler les observations françaises et étrangères qui ont trait à ces complications hépatiques de la typhlo-appendicite.

Dans un premier chapitre d'étiologie et de pathogénie, nous chercherons à établir quelle est la fréquence, quelles sont les formes cliniques d'appendicite qui prédisposent à la participation du foie, quelle est la voie généralement suivie par l'infection pour gagner l'organe.

Dans un deuxième chapitre d'anatomie pathologique, nous rechercherons les variétés de lésions appendiculaires qui prédisposent plus particulièrement à l'invasion microbienne dans le système porte : nous établirons les différentes étapes que suit le processus infectieux pour gagner le foie et pour s'y développer.

Dans un troisième chapitre de clinique, nous exposerons tout d'abord les symptômes de ces complications.

Puis dans un paragraphe spécialement destiné au diagnostic, après avoir montré les causes d'erreur nous nous efforcerons de mettre en lumière ce que les symptômes précédemment décrits peuvent présenter de typique, de caractéristique.

Nous terminerons ce chapitre en exposant la marche, la durée et les terminaisons, puis enfin le pronostic.

Il nous restera à soulever la question de savoir si, à côté des complications immédiates, l'infection du foie d'origine appendiculaire n'est pas susceptible d'entraîner derrière elle des manifestations à plus longue échéance. Mais nous n'avons pas à aborder ici cette question encore à l'étude des cirrhoses infectieuses d'origine portale, nous nous bornerons à en ébaucher un rapide aperçu.

Ce travail a été entrepris sur les conseils de M. le Dr Achard qui a bien voulu en même temps mettre sa communication à notre disposition et nous autoriser à en citer quelques passages.

Nous tenons à lui dire ici combien nous lui en avons de gratitude.

Que M. le professeur Debove veuille bien recevoir l'expression de notre vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

SOMMAIRE

CHAPITRE PREMIER

Étiologie et pathogénie.

Fréquence. — Elle est assez difficile à déterminer. Très rarement diagnostiquée sur le vivant, la pyléphlébite est encore très souvent méconnue à l'autopsie.

L'observateur est préoccupé par dessus tout des lésions péri-appendiculaires et péritonéales, de telle sorte que si le foie n'est pas manifestement tuméfié et abcédé, les veines mésentériques et la veine porte échappent à l'examen.

D'après Ashby (1), on serait en droit de soupçonner l'origine appendiculaire des accidents dans un certain nombre de cas non suivis d'autopsie où fut porté le diagnostic de pyohémie d'origine indéterminée. Nous verrons en effet que dans certains cas la latence des symptômes appendiculaires est telle qu'il est impossible de rattacher les accidents pyohémiques observés à leur véritable cause.

D'après les statistiques françaises ces complications de l'appendicite ne comprendraient qu'un nombre presque négligeable de faits.

Maurin sur 136 observations n'en signale aucun cas.

Leblond sur 45 cas d'abcès du foie chez l'enfant en cite un seul consécutif à la pérityphlite.

Les statistiques étrangères nous ont paru plus instructives à cet égard.

(1) Ashby, *Lancet*, 1879, 1er novembre.

Einhorn dans un travail sur les perforations de l'appendice cite sur 100 cas suivis d'autopsie 6 cas d'embolies infectieuses dans la veine porte avec pyléphlébite s'y rattachant et consécutivement d'abcès du foie.

Langheld sur 112 cas cite 4 cas de thrombo-phlébite et 2 cas d'abcès du foie.

Reginald Fitz sur 257 observations d'appendicite relate 11 cas de pyléphlébite et d'infection hépatique.

Age et sexe. — Au point de vue de l'âge et du sexe, les conditions étiologiques sont sensiblement les mêmes que pour l'appendicite en général.

Nous devons admettre pourtant que les complications hépatiques se présentent avec une fréquence spéciale dans le jeune âge.

Voici comment peuvent être réparties au point de vue de l'âge les 27 observations complètes que nous avons rassemblées :

de 5 à 13	ans	9 cas,
de 13 à 20	»	10 cas,
de 20 à 28	»	6 cas.
Après 28	»	2 cas.

Causes prédisposantes. — Nous ne voyons pas qu'il y ait de relation manifeste entre la *gravité de l'infection appendiculaire* et la fréquence de l'infection du foie.

Sans admettre qu'il y ait plutôt un rapport inverse et que les appendicites légères prédisposent particulièrement à cet ordre de complications, nous devons dire cependant que beaucoup d'observateurs les ont signalées au cours des formes plutôt bénignes.

En y regardant de plus près, on voit que ce sont avant tout

les *formes latentes* celles dont l'évolution est lente et sourde sous des apparences parfois bénignes qui sont le plus fréquemment suivies de pyléphlébite et par suite d'infection du foie.

La durée longue des accidents appendiculaires (très souvent latents) nous paraît donc être un élément étiologique important.

Existe-t-il une *tare hépatique* exerçant une sorte d'appel sur le foie ?

L'alcoolisme et l'impaludisme sont signalés dans quelques cas, mais trop peu nombreux pour qu'il soit permis d'y attacher une réelle importance.

La fréquence chez les jeunes sujets paraît d'ailleurs exclure cette idée. Mais cette fréquence dans l'enfance peut reconnaître pour cause soit une débilité congénitale (Hanot), soit la médiocrité du pouvoir fonctionnel du foie. La cellule hépatique, en raison de son peu d'activité dans le jeune âge (surcharge graisseuse, uricémie fréquente), paraît n'opposer qu'une faible résistance aux infections d'origine intestinale (Deguéret) (1).

Pathogénie.

La théorie généralement admise est celle de l'infection par la *voie veineuse.*

Contrairement à ce qui s'observe dans la plupart des affections inflammatoires de l'économie, les *lymphatiques* n'ont ici dans le transport des germes et dans la transmission des matières septiques qu'un rôle à peu près nul.

Ce fait s'explique par l'absence de connexions entre le système lymphatique du cœcum et celui du foie.

(1) Deguéret, *Relations pathologiques du foie et de l'estomac* (Th. Paris, 1894).

Si la participation du système lymphatique pouvait être admise, ce serait uniquement par l'intermédiaire des lymphatiques péritonéaux qu'elle aurait lieu.

La péri-hépatite en serait une des premières manifestations.

Or on peut se demander si cette lésion toute extérieure n'est pas plutôt secondaire aux accidents hépatiques déjà développés qu'aux accidents péri-appendiculaires. Nous verrons en effet que c'est dans les parties les plus profondes et les plus centrales de son parenchyme que le foie est primitivement envahi.

Très différentes sont les conséquences de l'envahissement du *système veineux*.

La richesse de la vascularisation veineuse au niveau de l'appendice et du cœcum sur laquelle Jonnesco (1) insistait récemment rend compte d'une façon très satisfaisante de la facilité toute spéciale avec laquelle le système porte se trouve envahi sur ce point.

La veine appendiculaire qui suit le trajet de l'artère du même nom émane de l'appendice par quatre rameaux veineux (branches appendiculaires). Elle reçoit ensuite, pendant son trajet le long du bord supérieur de l'appendice et du méso-appendice, les branches cœco-appendiculaires, les branches cœcales postérieures, la branche récurrente ou veine iléo-appendiculaire.

De nombreuses et larges anastomoses en arcades réunissent les branches de la veine appendiculaire aux branches correspondantes des veines iléo-cœcales antérieure et postérieure.

Toutes ces veines se rendent dans les veines iléo-coliques, branches d'origine de la mésentérique supérieure.

Qu'une ulcération vienne à se produire sur le cœcum ou l'ap-

(1) Jonnesco, *Progrès médical*, 1894.

pendice et mieux encore que celui-ci soit en partie détruit, toutes ces veines ouvertes baigneront de toute leur lumière au milieu du pus et des matières septiques intestinales.

L'envahissement du système porte par les germes infectieux peut être constaté au niveau même du point où ils pénètrent, ou dans un point voisin.

Les ramuscules veineux appendiculaires et iléo-cœcaux ont été trouvés remplis par des bouchons fibrineux et obstrués par des caillots.

On a vu ainsi l'infection se propager par continuité, pour ainsi dire. et on a assisté pas à pas à cette propagation.

Dans d'autres cas le système porte paraît indemne dans toute sa partie extra-hépatique, la pyléphlébite y fait complètement défaut.

Il faut admettre alors qu'une embolie septique détachée du foyer péri-cœcal et intestinal a été transmise à la portion divergente de la veine porte sans laisser de traces de son passage en dehors du foie.

Les produits infectieux peuvent être transportés avec un coagulum formé au niveau des veines appendiculaires et iléo-cœcales ou bien charriés par les leucocytes.

En tout cas, l'identité au point de vue des caractères extérieurs, couleur, odeur gangréneuse, etc..., entre le contenu des foyers de suppuration péri-cœcale et hépatique a été signalée par les premiers observateurs (Hillairet).

Les recherches microbiologiques modernes ont confirmé cette manière de voir. Netter, dans une observation présentée à la Société clinique (1), déclarait avoir constaté dans le liquide de l'abcès hépatique (après ponction), la présence de corps elliptiques

(1) NETTER, *Soc. clinique*, 1882.

immobiles, identiques morphologiquement aux germes contenus dans l'intestin.

Enfin dans les observations plus récentes de Kœrte et d'Achard, la présence du bacterium coli a été manifestement constatée.

Cette théorie de la pathogénie des accidents hépatiques embrasse la généralité des faits. Mais nous devons dire pourtant que cette règle n'est pas sans subir quelques exceptions.

D'après Kœrte (1), l'inflammation du foie consécutive à la périphlite se propagerait dans la majorité des cas par extension dans le *tissu cellulaire rétro-cæcal* et la pyléphlébite, dont il ne nie pas la possibilité, ne serait que l'exception.

Cette idée lui fut inspirée par un cas dans lequel la suppuration faisait défaut au niveau de l'appendice et où il rencontra un volumineux abcès dans le tissu cellulaire rétro-cæcal.

Kœrte donne à sa théorie une confirmation expérimentale.

Ayant poussé une injection de liquides colorants dans l'intervalle des feuillets péritonéaux de l'appendice, l'auteur a vu le liquide passer dans le tissu cellulaire libre de la fosse iliaque droite derrière le côlon ascendant et atteindre ainsi le bord postérieur du foie.

Il nous semble que Kœrte prouvera difficilement que sa théorie n'est pas plutôt utile à expliquer certains faits exceptionnels.

Sans doute on peut admettre qu'un ou deux foyers hépatiques se constituent de cette façon. Mais nous verrons que c'est tout à fait exceptionnellement que l'hépatite suppurée compliquant l'appendicite se trouve constituée par un foyer unique. Dans la presque totalité des cas, on trouve des foyers multiples, disséminés, contemporains.

(1) Kœrte, *Berlin. klin. Wochens.*, 1892.

Cette dissémination se ferait-elle par une série d'embolies détachées du foyer principal ?

Mais si ce foyer primitif se trouve au niveau du bord postérieur du foie, au voisinage par conséquent des veines sus-hépatiques, il faut admettre que le processus embolique a lieu suivant un trajet rétrograde.

Au contraire, avec l'idée d'une transmission par les vaisseaux portes, les embolies suivent le cours normal du sang et le nombre, la dissémination des foyers à l'intérieur du foie ont une explication des plus naturelles.

D'ailleurs les cas où les embolies infectieuses se produisent dans le système porte sans laisser de traces de leur passage dans le tronc porte ni dans les branches afférentes sont les moins fréquents. Le plus souvent, il est possible de suivre dans ces vaisseaux le trajet de l'infection.....

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Lésions de l'appendice. — Dans la plupart des observations que nous avons rassemblées, l'appendice était le siège de lésions assez graves.

La présence de corps étrangers et en particulier d'une épingle est souvent signalée : Payne, Netter, Ashby, Mac Clelland, Church.

C'est vraisemblablement qu'un corps étranger de cette nature provoque presque toujours des lésions profondes et des perforations.

Cependant il est des cas où les lésions de l'appendice sont très peu appréciables.

Dans cet ordre de faits, l'observation de Payne est caractéristique, la cavité de l'appendice contenait une épingle recouverte de dépôts phosphatiques : les parois de l'organe étaient épaissies, mais la muqueuse ne présentait aucun signe d'inflammation aiguë: pas de rougeur ni d'ulcération.

Dans un autre cas (Bernheim), la muqueuse appendiculaire était rouge, injectée, mais ne présentait pas d'ulcération. Comme dans le cas précédent, l'appendice était très épaissi dans son ensemble et de plus il adhérait intimement au tissu cellulaire voisin.

Mais dans la généralité des cas on signale des lésions étendues et profondes. L'appendice a été trouvé perforé et en partie dé-

truit ; gangréneux dans son ensemble, parfois même disparu, confondu dans la masse phlegmoneuse.

Les exsudats qui le recouvrent lui constituent des adhérences solides avec les parois pelviennes ou avec le cœcum.

Ses parois sont épaissies et indurées.

La muqueuse présente presque toujours une ou plusieurs ulcérations. Dans les cas où l'ulcération se développe autour d'un corps étranger, elle envahit circulairement la cavité de l'appendice.

A côté des ulcérations ou en leur absence on trouve toujours des altérations folliculaires très accentuées : la muqueuse est injectée, rouge ou noirâtre, épaissie et tomenteuse.

Si l'on explore avec un stylet la cavité de l'appendice on la trouve souvent imperméable. Elle est obstruée par des matières fécales durcies ou par des corps étrangers.

Dans d'autres cas, elle est remplie de pus ou bien dilatée irrégulièrement par une série de petits abcès développés en chapelet.

Dans une observation de Southey, l'appendice était confondu avec les parois de l'abcès et retourné sur lui-même.

On peut conclure de cette étude que si l'envahissement du système porte par les germes infectieux n'a pas toujours lieu à la suite de lésions graves et étendues de l'appendice, il n'en est pas moins certain que la profondeur et l'étendue de ces lésions sont des conditions très favorables au développement de la pyléphlébite.

Dans les cas de Payne et de Bernheim, l'induration des parois appendiculaires a eu vraisemblablement pour origine un état inflammatoire assez vif de l'organe. On peut même admettre que cet épaississement a été le résultat d'un travail de cicatrisation qui s'est effectué au niveau de la muqueuse.

Lésions veineuses. — C'est d'ailleurs dans les cas où l'appendice est trouvé confondu avec la paroi de l'abcès et gangréneux sur une grande partie de son étendue que le système porte présente les traces d'une phlébite des plus manifestes dès ses origines appendiculaires.

« De la paroi de l'abcès appendiculaire se détache une veine présentant un thrombus sur une longueur de deux pouces environ. Cette veine s'ouvrait dans une autre collection de pus, laquelle communiquait directement avec les origines de la mésentérique » Southey.

Gendron a vu s'écouler du pus d'une veinule aboutissant à l'angle de réunion du cœcum et de l'appendice. Cette veine enflammée se perdait d'autre part dans un foyer putrilagineux adhérent à l'appendice.

« Du voisinage de l'abcès appendiculaire, partait un rameau veineux enflammé rempli de caillots qui aboutissait aux origines de la mésentérique supérieure » G. de Mussy.

Traube a trouvé la veine iléo-colique antérieure au niveau de sa réunion avec la mésentérique obturée complètement par un caillot de un centimètre et demi de longueur.

Dans l'observation de Buhl, la veine mésentérique était remplie par un thrombus en ficelle qui s'étendait depuis ses origines cœcales jusqu'à son embouchure dans la veine porte.

Dans d'autres cas, les parois veineuses sont simplement rouges, injectées, dépolies, mais nullement thrombosées (Church).

Il résulte de ces observations que les différentes variétés de phlébite ou plutôt tous les différents stades de la phlébite ont été observés sur les origines appendiculo-cœco-iléales du système porte.

Plus nous nous rapprochons du foie, plus les lésions veineuses

deviennent faciles à constater en raison du volume plus considérable des vaisseaux.

Le tronc porte a été trouvé complètement oblitéré par des caillots.

« Le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie renferme un thrombus ancien, blanc, fibrineux, qui atteint en longueur trois centimètres » (Bernheim).

Gendron a observé un caillot de même aspect qui s'étendait sur une longueur de dix centimètres.

La veine était remplie de pus autour des caillots.

Dans d'autres cas, on ne trouve de caillots nulle part, mais la veine mésentérique supérieure, ainsi que le tronc de la veine porte, sont remplis d'un liquide purulent qu'on fait sourdre à la pression. La tunique interne de ces veines est ramollie, pulpeuse, gris sale, infiltrée de pus.

Traube a trouvé le tronc de la veine porte affaissé, aplati, contenant peu de sang, avec des amas troubles, brunâtres, adhérents à certains points des parois veineuses ; celles-ci sont épaissies dans leur ensemble.

Les deux branches de bifurcation du tronc porte ainsi d'ailleurs que tous les rameaux divergents qui en émanent présentent des lésions analogues.

Dans certains cas, il a été facile de se rendre compte même à un examen superficiel que les collections purulentes développées dans le parenchyme se trouvaient situées sur les ramifications de la veine porte.

Bernheim, en sectionnant avec les ciseaux les branches de deuxième et troisième ordre à travers le tissu hépatique, arrive sur des abcès d'où s'écoule un pus crêmeux.

De légères pressions exercées sur les tranches de ce même

foie font sourdre des gouttelettes de pus qui s'échappent manifestement des ramifications de la veine porte. La pyléphlébite était donc bien manifeste dans cette observation.

Dans nombre de cas l'examen microscopique a confirmé cette manière de voir et montré de plus que les lésions vasculaires s'étendent généralement jusqu'aux veines centrales du lobule.

On peut les trouver simplement distendues par des globules sanguins (Rendu).

Mais d'autres fois elles sont remplies de pus (Gendron).

Ce dernier auteur a vu la suppuration déborder la veine centrale, envahir le lobule et dissocier les cellules.

C'est là que s'arrêtent les lésions veineuses : les cellules hépatiques paraissent servir de barrière à l'infection et tous les observateurs insistent sur l'intégrité complète des veines sus-hépatiques.

Cependant dans le cas de Legg qui constitue, il est vrai, un fait exceptionnel, « une grosse branche du système sus-hépatique passant près d'un abcès présente un caillot qui s'étend jusqu'à environ 3 pouces de l'embouchure dans la veine cave ».

Chez le malade de Legg, la phlébite avait débordé le système porte et l'on conçoit que dans ces conditions la dissémination des germes pyogènes dans tout l'organisme devienne possible.

Abcès du foie. — Le foie subit une hypertrophie parfois considérable et qui paraît porter de préférence sur le lobe droit. Dans l'observation de Souques, le lobe droit descend jusque dans la fosse iliaque et mesure trente centimètres dans le sens vertical.

Dans le sens transversal le plus grand diamètre du foie est de 29 centimètres.

Le poids de l'organe atteint 3 kilog. 900.

La péri-hépatite est signalée dans presque tous les cas. On

trouve la capsule de Glisson recouverte de fausses membranes, de consistance variable, quelquefois très adhérentes au diaphragme.

La capsule elle-même est tantôt intacte et simplement soulevée par des bosselures jaunâtres, dépressibles et fluctuantes (abcès), tantôt parsemée d'orifices fistuleux entourés de larges taches verdâtres ou marbrées.

A la coupe, on trouve le parenchyme criblé de foyers purulents de volume variable.

Les gros abcès sont l'exception. Dans l'observation de Netter, il existe un abcès unique du volume d'une tête d'adulte et contenant deux litres de pus. Dans celle d'Ashby, on trouvait deux gros abcès, l'un dans le lobe droit, l'autre dans le lobe de Spiegel et communiquant. Enfin, dans le cas de Souques, il y avait cinq grosses poches purulentes du volume d'une mandarine.

Dans l'immense majorité des cas, on trouve une infinité de petits abcès coalescents qui se présentent sous l'aspect de points jaunâtres dont le volume varie d'un grain de millet à un grain de chènevis et qui, percés avec une épingle, laissent sourdre du pus.

Les plus grands abcès, ceux qui atteignent le volume d'une noix ou d'une mandarine, paraissent constitués eux-mêmes par la réunion, la coalescence de ces abcès plus petits qui étaient primitivement circonscrits.

« Il en résulte une sorte de tissu spongieux, un lacis en forme d'éponge ressemblant aux cavités tuberculeuses du poumon » (Ashby).

Cette cavité anfractueuse des grands abcès traversée par des tractus fibreux pourrait encore être comparée à une caverne gangréneuse du poumon.

C'est en somme l'aspect aréolaire, alvéolaire des abcès hépatiques sur lequel Chauffard un des premiers appela l'attention et qui ne paraît pas spécial à l'infection du foie par la voie veineuse (1).

De cette disposition aréolaire, il résulte qu'on ne trouve pas aux poches purulentes de paroi à proprement parler.

Il y a continuité insensible entre l'entourage du foyer et le tissu hépatique ambiant.

Au contraire dans les cas d'abcès très volumineux, on a signalé l'existence d'une paroi propre « fibro-celluleuse opaline, épaisse de 2 millimètres environ » (Netter).

« Une membrane pyogénique grisâtre, tomenteuse, vascularisée limitait les gros abcès » (Payne).

Le *contenu* des abcès est un pus habituellement très épais, crémeux, de coloration assez variable : jaune clair, jaunâtre, verdâtre, brunâtre, toujours très fétide, tantôt filant et glaireux, plus souvent grumeleux et mal lié.

Un fait digne de remarque et depuis longtemps signalé, c'est que le contenu des foyers hépatiques peut être très exactement comparé quant à l'ensemble de ses caractères extérieurs au contenu du foyer de suppuration péri-cœcal.

L'examen microscopique décèle dans le contenu des abcès la

(1) En effet, comme l'a montré M. Achard dans sa communication à la Société des hôpitaux, le point de départ des abcès aréolaires du foie peut être soit dans les conduits biliaires (Chauffard, *Arch. de physiol.*, 1883 ; Achard et Phulpin, *Médecine moderne*, 28 mars 1894 ; Widal et Griffon, *Soc. anatom.*, 25 janvier 1895), soit dans les veines sus-hépatiques (Achalme, *Soc. anatom.*, 12 décembre 1890 ; Claisse, *ibid.*, 9 janvier et 22 mai 1891), soit dans les branches de la veine porte (cas d'Ashby, de Reinhold, de Jorand, d'Achard, de Feltz ; voir aussi Œttinger, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 décembre 1894). Enfin dans le cancer suppuré du foie on peut observer la disposition aréolaire des abcès (Hanot, *Sem. méd.*, 8 novembre 1893 ; Achard, *Médecine moderne*, 3 octobre 1894).

présence de globules blancs et rouges, de cellules hépatiques déformées, de cristaux de cholestérine, de tyrosine, de phosphate ammoniaco-magnésien, etc.

Dans l'intervalle des abcès, le tissu hépatique se présente sous différents aspects. Tantôt son apparence extérieure est celle du foie muscade (Rendu), tantôt on le trouve tassé, brunâtre, très friable.

Lésions de sclérose. — Dans certains cas enfin, il présente des lésions de sclérose très manifestes.

Beaucoup d'observateurs ont signalé à l'examen microscopique l'existence de bandes scléreuses qui enveloppent les lobules, qui envoient même des prolongements à leur intérieur et qui les dissocient (Ashby, Legg).

« Ce tissu fibreux est surtout abondant au niveau des espaces portes qu'il remplit, élargit et distend » (Achard).

Cependant il n'est pas toujours possible de reconnaître le point de départ péri-portal de ce tissu scléreux.

Quoi qu'il en soit ce tissu conjonctif dissocie et comprime les éléments cellulaires voisins.

Les cellules hépatiques ont perdu leur ordination radiée (Ashby).

Elles sont déformées, aplaties, presque méconnaissables (Achard).

Déformées et altérées comme dans les cirrhoses (Legg).

Beaucoup d'entre elles sont dégénérées, mal colorées par les réactifs, contiennent de nombreuses granulations et des noyaux libres.

Sur certains points, la dégénérescence granulo-graisseuse envahit des îlots cellulaires volumineux et des bandes scléreuses circonscrivent ces îlots.

Au milieu des cellules et du tissu conjonctif qui les environne, on trouve de nombreux leucocytes et des granulations biliaires.

Quelle est la signification de ce processus scléreux et quelles conséquences doit-on tirer de son développement pour l'avenir du parenchyme hépatique en supposant que le malade arrive à guérir? c'est ce que nous chercherons à établir au chapitre du pronostic.

Voies biliaires. — Elles sont généralement intactes.

La muqueuse de la vésicule est saine, les canaux cystique et cholédoque restent perméables.

CHAPITRE III

Etude clinique.

A. — Symptômes.

1° *Période prodromique.* — Si nous rappelons d'une part que les observateurs sont tombés jusqu'ici sur des lésions avancées, si nous rappelons d'autre part que tous les cliniciens sont d'accord pour admettre que les complications hépatiques s'observent de préférence dans le cours des formes latentes de l'appendicite, il nous paraît rationnel d'admettre l'existence d'une période prodromique encore insuffisamment connue et dont la durée et la marche restent indéterminées.

Il résulte en effet de cette latence des accidents au début que le malade reste éloigné du milieu hospitalier pendant un temps plus ou moins long. Il peut n'éprouver d'autres symptômes que des douleurs abdominales d'intensité et de fréquence variables, accompagnées ou non d'un mouvement fébrile léger et intermittent.

En se plaçant au point de vue anatomo-pathologique, on peut également admettre que les lésions pyléphlébitiques sont subordonnées dans une certaine mesure, quant à la rapidité de leur extension, aux lésions appendiculaires qui sont leur point de départ. Or la variabilité de ces lésions est telle qu'il est impossible d'apporter une évaluation même approximative à la durée de cette période.

2° *Période initiale.* — Le début des accidents peut avoir lieu par des symptômes d'appendicite et en particulier par des douleurs abdominales dans la région iliaque droite.

Mais cependant les symptômes de typhlo-appendicite font assez souvent défaut. S'ils existent c'est dans bien des cas avec des caractères peu accusés, soit parce que les complications hépatiques surviennent habituellement, comme nous venons de le dire, dans le cours des formes latentes, soit parce que la pyléphlébite et l'hépatite surajoutant leurs symptômes, masquent ceux de l'affection causale.

Chez l'enfant en particulier, l'absence de douleur abdominale est souvent signalée. Quelques phénomènes généraux et gastro-intestinaux, quelquefois aussi des contractures (Ashby) résument toute la symptomatologie de la période initiale.

Chez l'adulte, la *douleur* fait plus rarement défaut, mais dans nombre de cas son siège exact reste indécis. C'est à droite généralement, mais avec prédominance, tantôt dans la fosse iliaque et le flanc droit, tantôt dans l'hypochondre et sur une grande partie de la région épigastrique. La douleur s'irradie quelquefois vers l'omoplate (Southey), quelquefois vers la hanche et la cuisse (Payne).

On peut aussi observer des douleurs abdominales absolument diffuses, et telles qu'il est impossible de leur désigner un point maximum même d'une manière approximative. Dans certains cas enfin la douleur varie de siège d'une crise à l'autre, ce qui achève de dérouter le clinicien.

Ces douleurs sont lancinantes et atteignent souvent une violence extrême.

La rémittence est un de leurs caractères les plus constants ; elles reviennent par crises suraiguës qui durent environ cinq minutes.

puis elles disparaissent plus ou moins complètement dans l'intervalle des crises.

Un autre de leurs caractères non moins souvent signalé, c'est d'augmenter d'intensité avec les mouvements respiratoires et par cela même de provoquer un certain degré de dyspnée. La respiration est courte, saccadée et pourtant l'examen de la plèvre et du poumon ne révèle aucune lésion appréciable dans ces organes.

Les *phénomènes généraux* sont toujours très accentués dès le début.

Le frisson est souvent le premier symptôme objectif, la manifestation initiale.

La fièvre affecte les allures générales d'une fièvre intermittente et se caractérise par des crises fébriles à trois stades suivis d'affaiblissement extrême, parfois même de collapsus.

Le frisson peut être d'une grande violence. Dans bien des cas, le tremblement est assez accentué pour provoquer un claquement de dents. La durée du frisson varie de quelques minutes à une demi-heure et même 45 minutes.

Le stade de chaleur qui vient après est accompagné de rougeur et de congestion de la face. Le thermomètre s'élève à 40 ou 41° centigrades, 104 à 105° Fahrenheit (Southey) ; le pouls est petit, dépressible et donne de 120 à 130 pulsations à la minute.

Une poussée abondante de sueurs froides profuses vient terminer l'accès fébrile et constitue le troisième stade.

Le retour des accès fébriles a lieu suivant un type plus ou moins régulier. Dans bien des cas le type quotidien est signalé.

Un accès chaque après-midi (Gendron).

Deux accès par jour (Payne).

Trois accès par jour (Buhl).

Dans d'autres observations, le type varie d'une période à l'autre de la maladie.

« Les accès fébriles qui avaient présenté au début le type double tierce deviennent ensuite irréguliers » (Traube).

Dans l'intervalle des accès, l'apyrexie peut être complète ; le thermomètre tombe à 36°5, le pouls à 80. Il en résulte sur la feuille de températures des oscillations considérables (voir tracé de l'observation I).

Dans les cas extrêmes, les oscillations peuvent aller de 36°5 à 40°5 par exemple.

Beaucoup plus souvent, la fièvre est simplement rémittente, mais cette rémission est presque toujours d'au moins 2 degrés. Il en résulte que les oscillations sont quand même très accusées.

Des phénomènes réflexes gastro-intestinaux suivent immédiatement l'accès fébrile. De telle sorte que dans les premiers accès qui sont souvent peu accusés, frustes, les nausées et les *vomissements* paraissent survenir immédiatement après le frisson, contribuant ainsi à marquer le début des accidents.

En résumé, douleur, frisson, vomissements sont les trois grands symptômes du début et caractérisent bien nettement ce que nous avons appelé la *période initiale*.

3° *Période d'état*. — Nous donnerons ici le pas aux *signes physiques*.

Tout à fait au début, le ventre peut être légèrement ballonné ; mais à la période d'état proprement dite, on lui trouve en général sa souplesse normale.

Dans certains cas le palper n'est douloureux nulle part, pas même au niveau du foie (Payne, Church, Souques).

D'autres fois le ventre, tout en n'étant pas franchement dou-

loureux, est cependant manifestement plus sensible au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit.

Nous devons dire toutefois que la majorité des observateurs signalent une sensibilité extrême à la pression au niveau de l'épigastre de l'hypochondre droit et même dans la région lombaire. En un mot toute la région hépatique est sensible et le foie lui-même est très douloureux (Southey, Monnier, etc.).

La tuméfaction de l'organe peut faire complètement défaut et l'on conçoit combien le diagnostic est délicat dans ces cas heureusement rares.

Habituellement le bord antérieur est facilement senti, débordant franchement les fausses côtes, pouvant même atteindre l'ombilic (Mac Clelland), présentant quelquefois des nodosités constituées par des abcès en voie de formation. La fluctuation peut être sentie, mais c'est l'exception. Elle est signalée uniquement dans l'observation de Netter qui trouve à l'autopsie un abcès unique très volumineux. Habituellement, on n'a qu'une sensation vague d'empâtement plus ou moins uniforme.

Les différentes manœuvres que nécessitent ces recherches provoquent fréquemment une crépitation amidonnée, due à la péri-hépatite.

La percussion, de même que le palper, révèle l'augmentation de volume du foie.

La zone de matité hépatique est généralement très étendue sur la ligne mamelonnaire. Elle peut se développer en hauteur avant même que le bord antérieur du foie déborde les fausses côtes. Cette zone mate remonte parfois jusqu'au mamelon et même au-dessus. Dans un certain nombre d'observations, on voit cette matité augmenter très rapidement et pour ainsi dire à vue d'œil.

Voici, à ce sujet, le cas de Souques.

Au début, la matité hépatique sur la ligne mamelonnaire est de 13 centimètres, puis elle atteint bientôt 14 centimètres, le surlendemain on est à 16 et en dernier lieu enfin la zone mate sur la ligne verticale mamelonnaire mesure 18 centimètres.

Les *troubles fonctionnels* sont toujours très accusés du côté du *tube digestif.*

Chez l'enfant, en particulier, les phénomènes gastro-intestinaux dominent la scène.

Toutes les observations signalent une irritabilité extrême de l'estomac. Dans bien des cas. la moindre ingestion médicamenteuse ou même alimentaire est impossible et l'on est obligé de recourir à la voie rectale.

Chez l'adulte, l'état nauséeux est presque permanent. Les vomissements se produisent de préférence immédiatement après les crises de fièvre.

Ils sont généralement verdâtres, aqueux, très liquides.

La diarrhée et la constipation s'observent avec une fréquence à peu près égale.

Constipation persistante pouvant aller jusqu'à l'obstruction intestinale, ou bien diarrhée bilieuse plutôt légère dans la majorité des cas.

L'ictère est la règle, mais tarde plus ou moins à se manifester. Le plus souvent, il faut le rechercher avec beaucoup d'attention pour assister à ses débuts. Il augmente ensuite graduellement avec les progrès de la maladie.

Les urines traduisent les différentes étapes du trouble fonctionnel hépatique. Elles ne contiennent tout d'abord que quelques traces de pigments biliaires, puis elles deviennent progressivement plus colorées et plus bilieuses.

L'albuminurie est exceptionnelle à la période d'état, mais la diminution de l'urée a été souvent signalée.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères de la fièvre ; ils sont sensiblement les mêmes qu'au début : grands frissons ; élévation de la température au moment des accès ; rémission ensuite. Les oscillations sont toujours très marquées, mais un peu moins étendues qu'à la période initiale (voir tracé de l'observation I).

L'*état général* rappelle l'état typhoïde : affaiblissement extrême, soif, anorexie, langue sèche, rosée à la pointe et sur les bords, prostration.

Mais ce qui attire particulièrement l'attention de l'observateur, c'est la rapidité avec laquelle le malade décline.

L'anémie et l'amaigrissement vont si vite, surtout à cette période, qu'en très peu de jours le malade devient méconnaissable.

Faciès d'une pâleur extrême, ou bien terreux et jaunâtre (ictère), traits tirés et émaciés, haleine fétide, traduisent une cachexie profonde et rapide.

Chez l'enfant, les phénomènes nerveux ont une place très importante à côté des phénomènes gastro-intestinaux.

Les convulsions et le délire sont signalés dans un grand nombre d'observations (Mac Clelland, Ashby, etc.).

Chez l'adulte, l'intelligence peut rester intacte jusqu'à la mort, mais les vertiges, la céphalalgie frontale et l'insomnie sont la règle.

Dans d'autres cas, le malade tombe dans une prostration profonde, entrecoupée ou non d'accès de délire.

4° *Période ultime*. — Elle se caractérise par l'exagération des symptômes que nous venons de décrire.

Le foie devient souvent assez volumineux pour provoquer une

voussure très manifeste dans la région épigastrique (Monnier, Jorand).

Ashby signale l'existence d'un lacis veineux au niveau de l'hypochondre droit.

La palpation de l'organe est généralement indolente. Les crises douloureuses sont aussi plus rares et moins aiguës.

Mais cette rémission est trompeuse, car la disparition complète de la douleur s'observe presque toujours quelques heures avant la mort.

Les vomissements sont de plus en plus fréquents, la diarrhée est plus abondante, les évacuations contiennent souvent de la bile à flots.

L'ictère s'accentue de plus en plus.

Des hémorrhagies surviennent. Epistaxis. Hématémèses. Melœna.

Les urines sont fortement albumineuses et surchargées de bile. L'anurie, la rétention d'urine, le ténesme vésical ont été signalés.

Puis l'adynamie s'aggrave, la fièvre tombe, le pouls devient petit, misérable, la température descend à 36° et même au-dessous (Voir tracé dans l'obs. I). Le regard terne, les narines pulvérulentes, la respiration entrecoupée de hoquet, l'haleine d'une fétidité repoussante, les membres contracturés, les jambes œdématiées et froides, le malade succombe dans le coma.

Dans certains cas, la mort par asphyxie a été observée (Bernheim) . On voit alors survenir des accès de dyspnée d'une extrême violence. Le visage, les lèvres, les extrémités se cyanosent et se refroidissent. L'hypothermie s'accuse, le pouls disparaît, le malade est pris de tirage trachéal et meurt au milieu de secousses convulsives.

B. — Diagnostic.

Le diagnostic, aussi bien dans le cours de la période initiale que pendant une grande partie de la période d'état, a été souvent très épineux même pour les cliniciens les plus expérimentés.

Trois ordres de cas se sont présentés :

1° On n'a diagnostiqué ni la typhlo-appendicite, ni ses complications hépatiques.

2° On a diagnostiqué l'abcès du foie, mais la typhlo-appendicite est passée inaperçue.

3° On a diagnostiqué la typhlo-appendicite, mais la pyléphlébite et les abcès du foie ont été méconnus.

Premier groupe de cas. — Les cas où l'on n'a diagnostiqué, ni la typhlo-appendicite, ni ses complications hépatiques sont ceux où les phénomènes généraux étaient très accusés et les phénomènes locaux presque nuls.

Voici un malade chez lequel on constate un état fébrile grave ; température élevée, prostration, céphalée frontale, langue rôtie, herpès labial ; qu'à ces symptômes s'ajoutent un peu d'angine ou de catarrhe laryngo-bronchique, et l'on porte le diagnostic de *fièvre typhoïde* d'autant plus aisément qu'on se trouve souvent dans un milieu épidémique.

L'analogie symptomatique a même pu être poussée plus loin ; la rate est grosse, le ventre douloureux et particulièrement sensible dans la fosse iliaque, les selles sont légèrement diarrhéiques. Netter a signalé l'existence d'un érythème rubéoliforme qui aurait pu à un examen rapide de l'abdomen en imposer pour des taches rosées.

Pendant ce temps la région hépatique reste indolente et l'attention n'est nullement éveillée de ce côté.

Dans un autre cas, les phénomènes thoraciques dominent : douleur très vive à la base du thorax provoquant un état dyspnéique violent. L'état général est extrêmement mauvais ; le malade maigrit, pâlit et décline très rapidement. Le thermomètre décrit des oscillations très marquées.

L'examen du poumon ne permet pas d'y constater des signes stéthoscopiques assez sérieux pour expliquer la gravité de l'état général.

On porte le diagnostic de *granulie* et l'hypertrophie du foie constatée pendant l'examen du poumon est attribuée à une dégénérescence graisseuse à marche rapide.

Le malade ne souffre pas du ventre ni de la fosse iliaque.

Chez l'enfant, les symptômes nerveux peuvent être assez accusés pour éveiller l'idée d'une *méningite*.

On trouve le petit malade abattu, couché en chien de fusil, répondant mal aux questions qu'on lui pose.

Dans l'observation d'Ashby l'enfant présentait une contracture musculaire généralisée et qui ne pouvait être vaincue qu'au prix d'une douleur extrêmement violente. La céphalalgie, les vomissements, la constipation complètent l'analogie.

Dans certains de ces cas, des symptômes locaux survenus à la fin de la période d'état ont appelé l'attention, soit sur le foie, soit sur le cæcum et l'appendice.

Il n'est pas rare pourtant de voir des cliniciens déclarer que jusqu'à la mort ils ont méconnu le siège primitif de la suppuration. Dans ces cas, les signes locaux ont fait complètement défaut pendant toute la durée de la maladie.

Pas de douleur ni de sensibilité du côté du foie, pas de proces-

sus inflammatoire apparent, ni de phénomènes douloureux du côté du cœcum et de l'appendice. Les seuls symptômes observés étaient ceux d'une fièvre hectique et d'une suppuration tout à fait indéterminée dans sa localisation et dans sa nature.

Dans une observation de West, les troubles fonctionnels hépatiques firent complètement défaut et cependant l'autopsie démontra que l'obstruction de la veine porte avait été si complète que le pus qui remplissait le parenchyme hépatique n'était même pas coloré par du sang.

L'abolition complète des fonctions du foie ne s'était manifestée par aucun symptôme.

D'après Church, on s'est très souvent contenté dans nombre de ces cas de porter le diagnostic d'*infection pyohémique* ou phlébitique d'origine interne..., c'est-à-dire, en somme, d'origine indéterminée.

Cet auteur déclare avoir observé plusieurs cas non suivis d'autopsie dans lesquels ce diagnostic fut porté et où l'infection avait eu selon toute vraisemblance une origine appendiculaire.

Deuxième groupe de cas. — Si l'attention est portée dès le début du côté du foie qu'on trouve douloureux et hypertrophié, si, d'autre part, l'abcès péri-appendiculaire est profond et masqué par des anses intestinales, la typhlo-appendicite échappe au clinicien.

L'erreur est d'autant plus facile que l'ensemble symptomatique est mis sur le compte de l'abcès hépatique qui l'explique suffisamment.

L'observation de Monnier peut être citée comme caractéristique dans cet ordre de faits. A aucun moment, le processus inflammatoire péri-appendiculaire ne s'était manifesté. Jamais il n'y avait eu de tumeur ni d'empâtement dans la fosse iliaque.

Le malade fut opéré de son abcès du foie et succomba.

Sans doute on se demande dans ces cas quelle peut être l'origine des abcès hépatiques.

Si l'on s'arrête à l'hypothèse d'une infection par la voie veineuse, on diagnostique presque uniquement dans certains cas pour les besoins de la cause : une infection intestinale simple ou spécifique : embarras gastrique fébrile (les symptômes gastro-intestinaux étant très accusés surtout chez l'enfant), dothiénentérie ou même dyssenterie sans symptômes bien nets.

Si aussi bien c'est à l'infection par les voies biliaires qu'on croit devoir s'arrêter, les crises douloureuses, la fièvre, les vomissements et l'ictère sont mis sur le compte des coliques hépatiques et de la lithiase biliaire.

Troisième groupe de cas. — Dans un dernier ordre de faits, la typhlo-appendicite a été diagnostiquée, mais la pyléphlébite et les abcès hépatiques ont été méconnus.

Comme nous l'avons déjà suffisamment exposé précédemment, la pyléphlébite et les abcès du foie peuvent évoluer très sourdement, sans douleur ni sensibilité bien marquées, sans signes physiques suffisamment caractérisés dans la région hépatique. C'est dans un cas semblable que Mac Clelland porta le diagnostic de péri-typhlite suivie de péritonite généralisée avec péri-hépatite prédominante.

Nous n'avons pas à traiter ici la question du *diagnostic de la typhlo-appendicite*. Nous insisterons simplement sur ce fait que le clinicien devra porter spécialement son attention du côté du foie lorsqu'il se trouvera en présence d'une forme d'appendicite à évolution lente et torpide.

Cette latence devra être considérée comme un danger puis-

qu'elle donne à l'infection par la voie veineuse tout le temps de se développer.

Nous devons donc rechercher à l'étude de quels symptômes il faudra s'arrêter plus particulièrement dans le cours d'une appendicite à forme latente pour dépister les complications hépatiques dans leurs premières manifestations.

Les *caractères de la fièvre* auront ici une importance énorme, Dans l'appendicite subaiguë, surtout dans sa forme insidieuse, « ou bien il n'y a pas de fièvre, ou bien il n'existe qu'un léger mouvement fébrile sans caractère bien défini » (Talamon).

La pyléphlébite, au contraire, s'accompagne d'une élévation considérable de la température. Le thermomètre atteint et dépasse 40° au moment des accès pour retomber à 37° dans leur intervalle. Cette fièvre rémittente ou même franchement intermittente survenant en dehors de tout soupçon d'impaludisme, imitant ses accès fébriles et s'accompagnant de frissons d'une violence extrême, devra attirer l'attention du côté de la veine porte et du foie.

La douleur pourra donner également quelques indications précieuses.

Dans certains cas typiques, malheureusement assez rares, on a pu assister au déplacement du point douloureux. Telle est l'observation de Mac Clelland: « la douleur avait primitivement son siège dans la région iliaque droite. Or, à un moment donné, elle s'atténua dans la fosse iliaque pour devenir dominante à l'épigastre et dans l'hypochondre droit ».

D'autre part on peut dire que, sauf les cas de péritonisme considérable, la douleur abdominale provoquée par l'appendicite ne s'accompagne jamais de troubles de la fonction respiratoire. Or dans de nombreuses observations, nous avons vu signaler de

très bonne heure des *troubles fonctionnels pulmonaires* très accusés, résultant vraisemblablement de l'hyperesthésie hépatique. La respiration au moment des crises douloureuses est courte, saccadée ; le nombre des mouvements respiratoires est notablement augmenté.

Nous n'avons pas lieu de revenir sur l'étude des signes physiques. Mais nous croyons devoir rappeler que la *matité verticale hépatique* peut se développer primitivement en hauteur, et nous insisterons par conséquent sur la nécessité d'une percussion minutieuse et journalière de la région du foie.

Quant à l'*ictère*, on ne peut lui attribuer ici une bien grande valeur diagnostique. Son apparition est toujours tardive, de telle sorte que les signes physiques sont suffisamment accusés lorsqu'il apparaît pour ne pas laisser de doute sur la participation du foie. Cependant l'examen des urines à ce point de vue sera indiqué, la présence des pigments biliaires dans l'urine pouvant précéder de plusieurs jours l'apparition de l'ictère cutané.

L'état général devra également être surveillé avec la plus grande attention. Une émaciation rapide, une pâleur que rien n'explique devront donner l'alarme et éveiller l'idée d'une infection commençant à se généraliser

Il nous reste à dire quelques mots de la *ponction exploratrice* dont l'utilité n'est pas toujours manifeste. Les résultats qu'on en retire sont variables.

Qu'on tombe en effet dans un foyer miliaire ou à côté d'un foyer volumineux et l'aiguille ne ramène pas de pus.

Dans les cas plus favorables où l'on a pu retirer du pus, l'examen bactériologique est venu apporter un appui précieux au diagnostic étiologique.

Chez le malade de M. le Dr Achard trois ponctions exploratri-

ces furent pratiquées. La première ne donna issue à aucun écoulement de liquide.

La deuxième, pratiquée quelques jours après en pleine tuméfaction, retira une goutte de sang qui, étalée sur une lame porte objet, présentait un petit grumeau transparent constitué par une agglomération de globules blancs.

Enfin une nouvelle ponction faite un mois plus tard (au début de la période ultime), donna issue à quelques gouttes de sang mélangé de grumeaux. L'ensemencement de ce sang a fourni des colonies pures de bacterium coli.

« L'origine appendiculaire des accidents m'ayant paru probable, la constatation du coli-bacille à l'état pur et virulent dans le sang retiré par la ponction exploratrice de la région hépatique m'avait confirmé dans cette opinion » (Achard).

C. — Marche, durée, terminaisons.

La marche et la durée sont assez faciles à établir en prenant le malade à partir de la période initiale, c'est-à-dire à partir du moment où les accidents sont confirmés et où la pyléphlébite se traduit par un mouvement fébrile accusé et caractéristique.

L'évolution à partir de ce moment peut être extrêmement rapide. En 15 jours seulement dans le cas de Souques le foie avait manifestement triplé de volume.

La durée de la période initiale et de la période d'état réunies est de 3 à 4 semaines dans la plupart des observations.

Quant à la période ultime son évolution est beaucoup plus rapide. C'est à cette période que correspond la désorganisation du parenchyme hépatique et l'obstruction portale. La fonction du

foie est annihilée peu à peu, d'où les symptômes d'ictère grave et d'adynamie qui emportent le malade.

C'est à cette période également que l'on peut voir survenir des complications métastatiques.

Généralement pourtant, comme nous l'avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, les cellules hépatiques servent très efficacement de barrière à l'infection.

Ici par conséquent se trouve confirmée la théorie de Werigo (1), qui fait du foie l'organe phagocytaire par excellence.

Le parenchyme hépatique joue vis-à-vis de l'organisme un rôle protecteur non seulement dans la destruction des toxines, mais aussi dans l'arrêt des microbes. Il semble donc que la généralisation des lésions infectieuses serait plus à craindre si, à la suite des lésions appendiculaires, les lymphatiques servaient plus généralement de voie de transmission aux germes pyogènes. Ceux-ci par l'intermédiaire des chylifères et du canal thoracique pourraient tourner la barrière hépatique et éviter ainsi l'arrêt de mort qui les y attend.

« Dans la majorité des cas, le foie arrête l'infection ; il concentre sur lui pour ainsi dire tout l'effort des germes pathogènes. Dans quelques cas pourtant, la barrière hépatique est forcée : la phlébite se propage au système sus-hépatique (Legg), des collections purulentes peuvent se former à la surface du foie et s'étendre aux parties voisines, au diaphragme par exemple.

« La dissémination des germes pyogènes peut se faire dans tout l'organisme et l'infection purulente, partielle à l'origine et cantonnée au foie, se diffuser secondairement sous la forme d'une pyohémie générale. On voit alors apparaître des complications

(1) Werigo, *Ann. de l'institut Pasteur*, 1894.

métastatiques ; celles-ci, comme il arrive dans la plupart des infections développées dans le domaine de la veine porte, se manifestent de préférence dans le poumon dont les capillaires opposent à la migration des germes déversés dans le système à sang noir un nouvel obstacle. On a signalé aussi l'endocardite, les abcès de la rate, du rein, la méningite, la parotidite non suppurée » (Achard).

On conçoit que la durée d'accidents pyohémiques aussi généralisés ne puisse être longue. Le malade succombe en quelques jours.

La durée moyenne de cette période ultime n'excède pas huit jours en général.

La durée totale des accidents nettement constitués peut donc être portée à un mois environ.

Pronostic. — Il serait superflu d'insister sur l'extrême gravité du pronostic.

Lorsque le foie est envahi sur un grand nombre de points à la fois, la guérison naturelle paraît impossible aussi bien d'ailleurs que l'intervention chirurgicale. Dans ces conditions la mort est la terminaison fatale de la maladie.

Il est permis d'admettre pourtant la possibilité d'une virulence variable d'où résulterait une évolution lente et limitée dans certains cas, une pyohémie rapide dans d'autres.

Nous n'avons malheureusement à ce sujet que des indications assez peu précises. C'est qu'en effet les observations jusqu'alors publiées ne relatent guère que des cas où la mort a mis fin aux accidents et dans lesquels la désorganisation du parenchyme hépatique était très avancée.

Cependant nous avons trouvé un cas de Fraenkel (1) dans lequel l'intervention chirurgicale eut lieu avec succès.

Il s'agissait d'un jeune homme vigoureux, âgé de 25 ans, qui, cinq jours après une deuxième récidive de pérityphlite, fut pris brusquement de violents frissons. Les jours suivants, on nota un léger ictère et des douleurs spontanées dans la région épigastrique.

Une ponction exploratrice pratiquée dans le 9e espace intercostal ayant donné issue à du pus, Kœrte réséqua une partie de la 9e côte et incisa un abcès de la grosseur du poing situé à 3 centimètres environ de la surface du foie.

Le malade se rétablit rapidement.

Il est donc certainement des cas où l'infection a pu se limiter et où, dans ces conditions, la guérison a été possible.

Une observation de Legg nous a paru également instructive à cet égard. Le petit malade eut pendant plusieurs jours une expectoration de pus et de sang, puis finit par succomber à des abcès multiples.

Mais à l'autopsie, Legg trouva dans le lobe droit les traces manifestes d'un abcès récemment cicatrisé.

« Ce tissu cicatriciel se présente sous l'aspect de plaques jaunes sclérosées ; il est constitué par du tissu conjonctif très vasculaire au milieu duquel on trouve de nombreux éléments lymphatiques. Sur les limites de la cicatrice, le tissu conjonctif englobe des restes d'acini plus ou moins distincts. »

En présence de ce fait caractéristique, il semble assez rationnel d'admettre que les lésions de sclérose qu'on trouve si fréquemment dans le tissu hépatique qui sépare et limite les abcès résul-

(1) Fraenkel, *Berlin. klin. Wochens.*, 2 novembre 1891.

tent d'un processus de défense, de résistance du foie à l'infection.

Cette hyperplasie conjonctive serait destinée à limiter les altérations cellulaires et pourrait être comparée au processus cicatriciel qui a lieu au niveau d'une plaie quelconque muqueuse, musculaire ou nerveuse (Ackermann et Grandmaison).

Il resterait il est vrai la question de savoir si l'extinction de ces deux processus concomitants infectieux et scléreux peut être suffisamment rapide et complète pour ne pas laisser dans le foie des traces irréparables de son passage.

« Il est permis de se demander si dans le foie l'infection d'origine appendiculaire ne pourrait se traduire dans certains cas moins graves et moins rapidement mortels par des phénomènes moins bruyants qu'un processus pyogène, par de simples pyléphlébites capillaires, par l'évolution sourde et progressive d'un processus scléreux. C'est une hypothèse qui paraît légitime si l'on considère les données nouvelles que la notion des infections d'origine gastro-intestinale a introduites dans la pathogénie des cirrhoses » (Achard).

CONCLUSIONS

I. — La fréquence des complications hépatiques de l'appendicite est difficile à déterminer en raison des difficultés parfois insurmontables du diagnostic.

Elle est manifestement plus grande dans le jeune âge et les appendicites à forme latente fournissent le plus grand contingent.

II. — Le foie peut être infecté par l'extension du foyer septique péri-appendiculaire au tissu cellulaire des fosses iliaque et lombaire ; mais c'est plus généralement par l'intermédiaire du système porte que se propage l'infection.

Les lymphatiques n'ont qu'un rôle secondaire.

III. — Les lésions de l'appendice sont habituellement des ulcérations et des perforations, des lésions graves par conséquent. C'est dans les cas où l'appendice est en partie sphacelé et confondu avec les parois de l'abcès que les lésions veineuses peuvent être le plus facilement suivies depuis les origines appendiculaires du système porte.

IV. — Dans la généralité des cas les abcès ont une origine pyléphlébitique facile à constater. Ils sont le plus souvent multiples et affectent alors le type alvéolaire.

V. — Dans l'intervalle des abcès, le parenchyme hépatique est fréquemment le siège de lésions de sclérose.

On pourrait se demander si ces lésions de sclérose ne sont pas susceptibles de se généraliser dans certains cas et de devenir persistantes.

VI. — Les trois principaux symptômes qui caractérisent le début des accidents sont la douleur. les frissons, les vomissements. Un peu plus tard survient de l'ictère, puis de la diarrhée et l'état général décline avec une remarquable rapidité.

VII. — Le diagnostic peut être très délicat surtout au début. En raison de l'absence complète dans certains cas de symptômes locaux, on peut croire à une fièvre typhoïde, à une granulie, à une méningite, à une pyohémie d'origine indéterminée.

VIII. — Les formes latentes de l'appendicite étant les plus dangereuses au point de vue de la pyléphlébite et de l'infection du foie, la percussion journalière du foie est indiquée dans ces cas.

IX. — Les caractères de la fièvre, les modifications du rythme respiratoire au moment des crises douloureuses, la pâleur et l'émaciation rapides, plus tard, l'ictère sont les symptômes capitaux au point de vue du diagnostic.

X. — Le foie protège l'organisme. Il sert de barrière aux germes pathogènes et empêche la généralisation de l'infection.

XI. — *A priori* l'intervention chirurgicale paraît contre-indiquée, étant donné la fréquence de la disposition aréolaire des foyers purulents.

Exceptionnellement on peut avoir affaire à un foyer limité et dans ces conditions opérer avec succès.

Mais le diagnostic clinique entre ces deux formes anatomo-pathologiques nous paraît impossible.

Appendice.

1° *Des cirrhoses infectieuses d'origine portale chez l'enfant.*
2° *L'appendicite pourrait-elle prendre place dans ce groupe étiologique ?*

A côté du foie infectieux et scléreux consécutivement, d'origine biliaire, dont la notion commence à devenir courante, tend à prendre place un foie infecté par la voie portale.

Cette infection hépatique d'origine portale radiculaire intestinale. prouvée déjà par les expérimentations et les examens histologiques, n'est pas encore entrée dans le domaine clinique.

« L'infection portale radiculaire réalise pour le foie le mode le plus habituel des infections hépatiques.

. . . .

« La voie portale est donc la première et la principale cause d'infection hépatique et crée une capillarité infectieuse qui commence par une infiltration embryonnaire et aboutit à la sclérose » (1).

On peut donc être ainsi amené à rechercher si certaines variétés de cirrhose ne seraient pas susceptibles d'avoir une origine pyléphlébitique et partant si l'appendicite, une des causes les plus fréquentes de la pyléphlébite dans nos climats, ne doit pas entrer en ligne étiologique dans cette catégorie peu connue encore des cirrhoses d'origine infectieuse.

C'est évidemment chez l'enfant, dont les antécédents hépati-

(1) Gastou, *Du foie infectieux* (th. Paris, 1893).

ques sont relativement purs, que cette enquête étiologique serait le moins difficile à établir.

Tous les médecins pédiatristes sont aujourd'hui d'accord pour admettre qu'il existe chez l'enfant des cirrhoses du foie d'origine infectieuse.

On peut même aller plus loin et dire que c'est à l'infection que l'on tend à attribuer pour la cirrhose hépatique chez l'enfant le rôle que l'on fait jouer à l'alcoolisme chez l'adulte.

L'influence des maladies infectieuses générales telles que la rougeole et la scarlatine est bien établie (Laure et Honorat, Siredey, etc...) Les infections Intestinales ne pouvaient-elles avoir une influence analogue?

« Nous nous demandons s'il ne faut pas, dans certains cas, rattacher la cirrhose atrophique des enfants à l'inflammation de la veine porte ou de ses capillaires, provoquée par *une cause quelconque* autre que l'influence irritante de l'alcool » (1).

A l'appui de cette hypothèse, Grisey cite une observation de Steffen. Il s'agissait d'une jeune fille de 13 ans, entrée à l'hôpital avec des douleurs dans le bas-ventre, de la diarrhée et des vomissements, qui succomba après dix-huit semaines de maladie.

A l'autopsie, on trouva dans l'intestin grêle plusieurs ulcérations.

L'examen histologique du foie, pratiqué par Virchow, démontra l'existence d'une hépatite interstitielle beaucoup plus manifeste dans le lobe droit.

L'étiologie de cette hépatite était des plus obscures, car il n'y avait eu dans les antécédents de la malade, ni syphilis, ni abus de boissons alcooliques.

(1) Grisey, *De la cirrhose chez les enfants* (th. Paris, 1878).

En présence de cette sclérose beaucoup plus accentuée dans le lobe droit, Grisey se demande s'il n'est pas permis d'admettre que la phlébite aurait porté plus spécialement sur la branche droite de la veine porte.

Dans une observation d'un garçon de 15 ans, mort de cirrhose, Gordon (1) ajoute en note qu'en l'absence d'alcoolisme et de toute autre des causes auxquelles on attribue ordinairement la cirrhose, il pense que dans ce cas la maladie a été due à une phlébite consécutive à une inflammation du duodénum, laquelle fut reconnue à l'autopsie.

Hébrard (2), dans une observation personnelle, relate le cas d'une cirrhose du foie prise pour une péritonite tuberculeuse et dans laquelle les causes habituelles de la cirrhose faisaient totalement défaut.

A l'autopsie, on trouva le côlon très épaissi présentant une coloration rouge violacé avec tuméfaction et congestion des plis de la muqueuse. On apercevait aussi çà et là quelques ulcérations grisâtres (dysenterie ?).

Enfin Cazalis (3),à l'autopsie d'une enfant de 9 ans qui succomba à une cirrhose du foie, trouva le gros intestin « criblé d'une multitude de petits points du volume d'une tête d'épingle composés d'un cercle saillant noirâtre entourant un centre blanc déprimé. Entre cette sorte de psorentérie, la muqueuse était le siège d'une vascularisation souvent considérable ».

. . . .

Cazalis ajoute :

« L'étiologie de ce cas est entourée d'une grande obscurité. Le cœur étant sain, il ne s'agit pas là d'une cirrhose survenue sous

(1) Gordon, *Dublin quart. journal*, 1854, p. 345.
(2) Hébrard, *De la cirrhose du foie chez les enfants* (th. Lyon, 1886).
(3) Cazalis, *Progrès méd.*, 1875, p. 154.

l'influence d'une lésion cardiaque. — La syphilis doit être exclue. — L'alcoolisme ne pouvait exister chez la petite fille et les parents menaient une vie exempte de toute espèce d'excès. Quant à l'impaludisme, l'enfant n'avait jamais eu de fièvre intermittente ».

On voit donc que dans un certain nombre de cas de cirrhose infantile, en l'absence totale des causes jusqu'alors admises, l'attention des observateurs a dû se porter par exclusion du côté des lésions intestinales découvertes par hasard à l'autopsie.

Et c'est précisément dans cet ordre de faits que nous croyons pouvoir faire entrer une observation de Letulle (1) dont le rapprochement s'impose avec les observations précédentes.

Letulle,à l'autopsie d'un jeune garçon de 16 ans qui succcomba aux suites d'une appendicite perforante provoquée par une épingle, trouva une cirrhose hépatique annulaire, d'origine porte, développée sans manifestation clinique aucune et *sans cause appréciable.* « Rien dans les antécédents du sujet ne pouvait nous « faire soupçonner une pareille affection, dont l'étiologie nous « paraît inconnue encore aujourd'hui. C'est un cas de plus de « cirrhose hépatique d'origine porte développée sans cause ap- « préciable chez l'adolescent. (Letulle) ».

Les accidents appendiculaires confirmés ne remontaient qu'à un mois 1/2. Mais il est permis de se demander s'ils n'avaient pas été précédés d'une période de latence pendant laquelle le foie au moyen de ce processus scléreux aurait résisté à l'infection.

Ce serait donc une hypothèse justifiée dans une certaine mesure que celle qui classerait l'appendicite au nombre des infections d'origine intestinale susceptibles de donner naissance à une hépatite infectieuse chronique, de créer en un mot une variété de cirrhose infectieuse.

(1) Letulle, *France médicale*, 18 juin 1879.

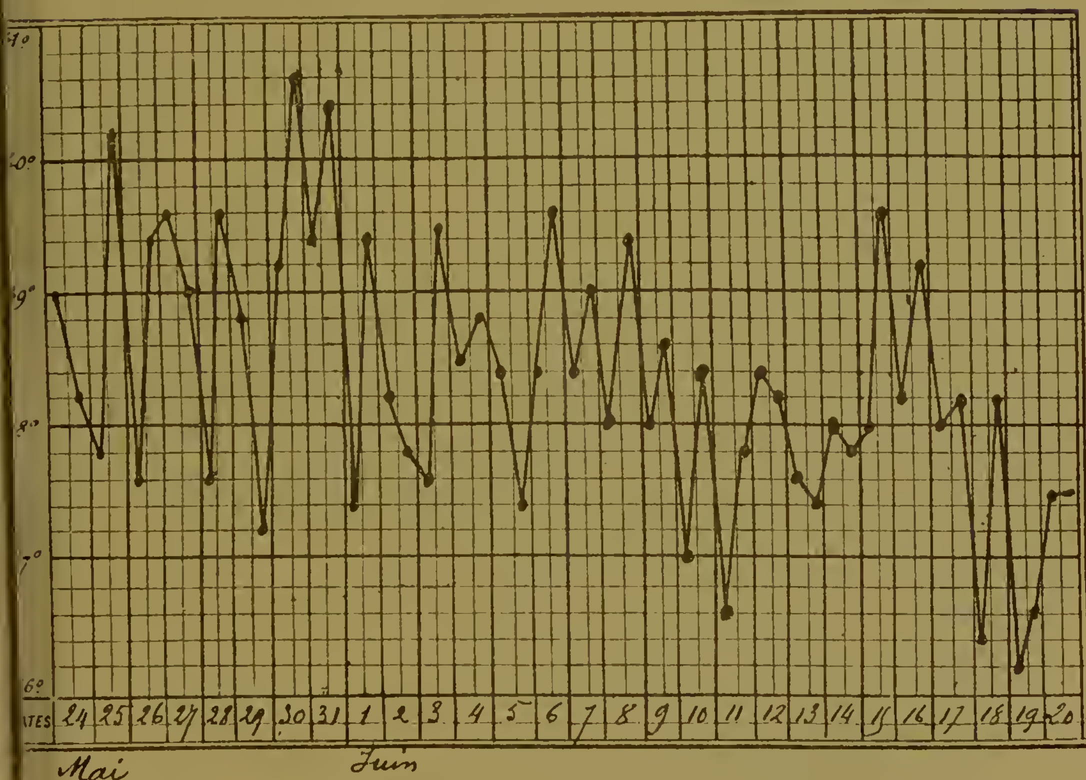
OBSERVATIONS

Observation I.

Eugène Mouss..., âgé de dix-huit ans, marchand de volailles, entré le 11 juin 1894 à l'hôpital Cochin, salle Lasègue, n° 11.

Ce malade est apporté de l'hôpital Ricord où il était entré le 24 mai, parce qu'il ne pouvait uriner et éprouvait de vives douleurs abdominales, accompagnées d'état fébrile.

TEMPÉRATURE DU MALADE A L'HOPITAL RICORD



M. Humbert, dans le service duquel il avait été placé, voulut bien nous donner quelques renseignements à son sujet et nous appren-

dre qu'il ne présentait aucune affection génito urinaire, que le cathétérisme n'avait rencontré aucun obstacle, et que le cours des urines s'était promptement rétabli ; mais la température présentait de grandes oscillations, variant de 37 degrés et quelques dixièmes à 40 degrés et au delà ; les douleurs abdominales étaient vives et l'exploration du flanc droit permettait de sentir une tuméfaction résistante et mate, dans laquelle une ponction aspiratrice avait été pratiquée sans donner issue à aucun écoulement de liquide.

A l'entrée du malade, nous constatons que l'exploration de l'abdomen est très douloureuse ; néanmoins on perçoit facilement à droite une tuméfaction aplatie qui sort de dessous les fausses côtes et s'étale jusque sur l'épigastre, débordant le rebord costal de deux à trois travers de doigt, sa limite inférieure se perdant sous les fausses côtes au niveau de la ligne axillaire. Elle est mate et résistante, et fait corps avec le foie ; on n'y sent pas de fluctuation ; sa surface est un peu irrégulière ; elle forme une légère voussure.

Le malade accuse aussi des douleurs particulièrement vives dans l'hypochondre gauche ; le rate n'est pas augmentée de volume.

Au thorax, on entend des frottements à la base droite.

Le teint est pâle et terreux, l'émaciation est très prononcée : il y a de fréquents vomissements.

Le malade est très déprimé et répond mal aux questions ; il ne donne guère de renseignements sur le début de la maladie ; on apprend seulement, en le pressant de questions, que, quelques jours avant son entrée à l'hôpital Ricord, il avait été pris brusquement, la nuit, d'une douleur violente dans le côté droit et qu'à ce moment il était constipé depuis quelque temps.

Le 13 *juin*, une ponction faite avec une seringue de Straus-Colin en pleine tuméfaction, retire une goutte de sang qui, étalée sur une lame porte-objet, présente un petit grumeau demi-transparent dans lequel l'examen histologique fait reconnaître une agglomération de globules blancs.

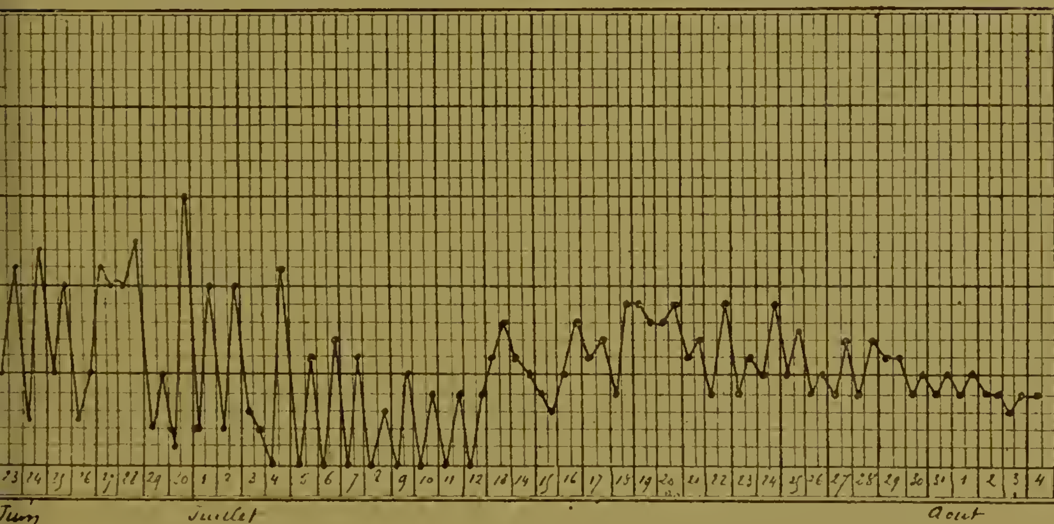
La température est très irrégulière ; la courbe présente de grandes oscillations (entre 36°2 et 39°6).

Le malade est alors transporté dans le service de chirurgie de

M. Schwartz. Il nous est renvoyé le 19 juillet, une intervention n'ayant pas été jugée indiquée.

L'état général a empiré ; le malade est plus affaibli, il est très cachectique, présente une teinte subictérique et l'urine renferme des pigments biliaires. Les douleurs abdominales sont toujours très vives et s'exagèrent par crises. La tuméfaction n'a pas varié.

Une nouvelle ponction, faite le 17 juillet, avec la seringue de Straus-Colin stérilisée, donne issue à quelques gouttes de sang mélangéde petits grumeaux formés d'amas de globules blancs. L'ensemencement de ce sang sur divers milieux de cuture a fourni des colonies pures de *bacterium coli*, faisant fermenter le lactose et donnant la réaction de l'indol. L'inoculation des cultures dans le péritoine du cobaye a déterminé une péritonite avec exsudats fibrino-purulents.



L'état général décline graduellement. Des eschares se forment au sacrum. Il s'établit une diarrhée persistante ; les vomissements continuent. Mais il n'y a plus de fièvre, et la température rectale se maintient entre 36°8 et 37°8.

Le 30 *juillet*, survient une hématémèse peu abondante, formée de caillots mous, rouge foncé. Le lendemain, le malade vomit encore un peu de sang noir et a du melœna.

Il succomba dans le marasme le 4 août.

Autopsie trente-quatre heures après la mort. Le péritoine présente quelques adhérences de périhépatite, mais peu résistantes et peu épaisses. Le foie déborde les fausses côtes et est augmenté de volume ; c'est lui qui formait la tuméfaction constatée pendant la vie. Sa surface est semée d'abcès dont plusieurs font une légère saillie et crèvent au moment de l'extraction de l'organe, en laissant écouler un pus vert clair, un peu filant, parfois mélangé de bile jaune d'ocre. Les coupes du foie montrent que le parenchyme est absolument criblé d'abcès ; on ne peut faire une section sans en ouvrir une multitude de toutes dimensions ; il en est qui ont le volume d'une mandarine, d'autres celui d'un pois ou d'un grain de chènevis. De ces abcès, les plus volumineux forment une véritable poche à paroi tomenteuse, hérissée de tractus filamenteux qui se perdent dans la cavité purulente ; mais les petits abcès sont constitués, non par une collection unique, mais par un groupe de logettes distinctes, séparées par un réseau de petites cloisons qui apparaissent avec une grande netteté après évacuation du pus et lavage de la surface de la coupe ; il en résulte un aspect alvéolaire. Il est facile de reconnaître que les parois des grandes collections sont formées par des abcès aréolaires en voie de coalescence par destruction des cloisons. Dans l'interstice des abcès, les portions très restreintes du tissu hépatique qui restent reconnaissables ont l'aspect du foie muscade.

La rate est entourée d'une coque de périsplénite mince, verdâtre ; elle n'est guère augmentée de volume et ne contient pas d'abcès.

Le cœcum est plongé dans un foyer de pérityphlite gangréneuse, circonscrit par des adhérences. L'appendice est soudé au cœcum par son extrémité terminale ; il présente une perforation vers le milieu de son trajet ; son orifice cœcal est oblitéré par un tissu d'apparence fibreuse. On ne trouve pas de corps étranger dans l'appendice ni dans le foyer de pérityphlite.

Il n'y a pas de thrombose des veines pariétales du cœcum ; le tissu de la veine porte et ses grosses divisions intra-hépatiques sont perméables et ne contiennent pas de caillots.

L'estomac présente sur sa face antérieure une adhérence au foie. Sa surface muqueuse ne présente pas d'ulcération, mais elle est le siège d'une injection vive, qui dessine avec une grande netteté de fines arborisations veineuses.

Les reins ne paraissent pas altérés.

La plèvre droite est le siège de quelques adhérences et renferme un peu de liquide.

Le poumon droit présente de la splénisation. Le poumon gauche montre, à la partie supérieure du lobe inférieur, deux nodules de broncho-pneumonie suppurée, ayant le volume de grosses noisettes et siégeant à la périphérie.

Pas de lésion du cœur ni des gros vaisseaux.

Examen histologique. — La paroi des abcès hépatiques est tapissée de globules de pus représentant les restes du contenu purulent. Elle est constituée par un fin réseau de fibrilles conjonctives dont les mailles irrégulières renferment du sang, des détritus granuleux et des cellules pâles, légèrement granuleuses, à noyau fortement coloré par les réactifs. Plus en dehors, le réseau conjonctif s'épaissit, les travées deviennent plus denses, on reconnaît dans ses mailles des restes de cellules hépatiques et quelques cellules graisseuses. Enfin, autour de cette paroi scléreuse, se trouve une zone de travées hépatiques dont les cellules sont aplaties parallèlement aux bords de l'abcès.

Une autre lésion fort importante consiste dans la formation d'îlots plus ou moins étendus de dégénérescence granulo-graisseuse. Ces îlots sont circonscrits par des bandes de sclérose, et ils sont eux-mêmes parcourus par quelques travées conjonctives disposées assez irrégulièrement; ces îlots dégénérés renferment des leucocytes abondants.

Dans les points où le tissu hépatique est moins profondément altéré, on observe une sclérose très manifeste; elle est surtout développée au niveau des espaces portes dans lesquels les rameaux de la veine porte ont des parois épaisses qui en diminuent le calibre sans l'oblitérer. Les lobules hépatiques sont dissociés par les bandes scléreuses dont il n'est pas toujours possible de reconnaître

le point de départ péri-portal ; ces bandes scléreuses contiennent de nombreuses cellules lymphatiques; elles englobent souvent quelques cellules hépatiques groupées ou isolées; leur disposition est, en somme, très irrégulière ; elles envoient des prolongements dans les lobules. L'ordination radiée des travées hépatiques a disparu presque partout. En certains points, on en retrouve cependant des vestiges et l'on reconnaît une veine sus-hépatique parfaitement perméable et dont la paroi est peu épaissie. Ces veines sus-hépatiques sont souvent distendues par les globules sanguins, et à leur pourtour, les capillaires centro-lobulaires sont très dilatés, les cellules hépatiques très aplaties et presque méconnaissables.

Dans les parties du parenchyme hépatique où les lésions sont le moins prononcées, on reconnaît très bien les veines sus-hépatiques qui sont saines. Les capillaires sont en général remplis de sang ; les travées cellulaires sont un peu aplaties; quelquefois, elles sont en partie disloquées par de petites hémorrhagies. Le tissu hépatique est parsemé de nombreuses concrétions biliaires. Les globules rouges sont bien conservés dans les capillaires. Les espaces portes sont élargis et occupés par un tissu fibreux dense, renfermant des cellules lymphatiques; au pourtour des branches volumineuses de la veine porte, on voit le tissu conjonctif infiltré de nombreux globules blancs.

Observation II.

Feltz. — *Appendicite compliquée d'abcès aréolaires du foie* (Communication à la *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 avril 1895).

Le 18 novembre dernier entre à mon service à l'hôpital une jeune fille de treize ans, non encore réglée, de bonne constitution. Elle ne donne que des réponses peu précises aux questions qu'on lui adresse sur la marche de sa maladie, mais mon confrère qui l'avait soignée a bien voulu me donner les renseignements suivants : il a vu la malade pour la première fois huit jours avant son entrée à l'hôpital. Il avait constaté les symptômes suivants : fièvre, un peu de douleur dans tout le ventre ainsi que dans la fosse iliaque droite,

quelques nausées, un peu de diarrhée, pas d'ictère, prostration assez prononcée ; rien d'anormal du côté de la poitrine. A son entrée à l'hôpital elle présente les symptômes suivants : T. 40° C. Pouls assez fort à 110. Teinte subictérique des sclérotiques, langue un peu sèche sur les bords, saburrale au milieu. Pas de surdité. Le ventre est un peu ballonné, peu sensible à la pression. Pas de gargouillement, ni d'empâtement, ni de douleur spéciale dans la fosse iliaque droite.

La région du foie est très douloureuse à la pression. La percussion et la palpation démontrent que le foie est très gros ; il dépasse les fausses côtes d'au moins quatre travers de doigt, et le lobe gauche s'étend jusqu'au côté gauche de l'épigastre. La surface paraît lisse ainsi que le bord. Le foie ainsi agrandi forme une voussure assez notable. Rate normale. Pas de diarrhée. Pas de taches rosées lenticulaires. Rien d'anormal du côté des poumons ni du cœur. Peu d'amaigrissement, passablement de dépression. Facies non typhique. Pas d'albumine dans les urines.

Le 19, T. 38°8, ictère très prononcé ; le 20, T. 40°, langue sèche, lèvres un peu fuligineuses. L'ictère a beaucoup diminué, mais la faiblesse a augmenté. Léger coma. Pas d'albumine dans les urines. La malade succombe dans la nuit.

En raison de l'énorme développement du foie et de la douleur provoquée par la pression sur cet organe, en raison de l'ictère, de l'absence de diarrhée, de taches rosées lenticulaires et d'épistaxis antérieures, je diagnostiquai une hypertrophie inflammatoire du foie avec formation probable d'abcès, mais j'avouai mon ignorance absolue de la cause de cet état pathologique.

Mon attention ayant été attirée sur le cœcum à cause d'une fièvre typhoïde possible, j'explorai cette région avec le plus grand soin, sans y découvrir rien d'anormal.

Autopsie, trente heures après la mort. Le foie déborde largement les fausses côtes ; il est très volumineux et a près du double de son volume ordinaire ; il s'avance presque dans l'hypocondre gauche. La surface parait un peu congestionnée, elle est lisse à

l'exception du lobe droit qui présente quelques petits mamelons de couleur jaunâtre. Pas d'adhérences péritonéales suivie de périhépatite.

En pratiquant des coupes dans le foie, on voit qu'il est farci d'une énorme quantité de petits abcès presque tous de mêmes dimensions, variant de la grosseur d'un gros pois à celle d'une petite noisette. Pas de grandes collections purulentes.

Le pus est épais, un peu visqueux, de couleur jaunâtre. Tous ces abcès présentent un aspect aréolaire, car on aperçoit dans leur intérieur des traînées filamenteuses. Au premier aspect l'intestin ne présente rien d'anormal. A la pression dans la fosse iliaque droite on ne sent rien de particulier. En soulevant la masse intestinale, la fosse iliaque droite paraît intacte.

En dévidant l'intestin on arrive à la valvule iléo-cœcale qui est saine ainsi que le cœcum. L'appendice iléo-cœcal est englobé dans une petite cavité purulente grande comme une noix, formée par les adhérences entre une anse de l'iléon qui plonge dans le petit bassin, les parois de ce dernier et le cœcum.

L'appendice est dirigé verticalement en bas dans le petit bassin avec les parois duquel il a des adhérences. Il est perforé à son tiers supérieur et la perforation a la forme d'une petite ulcération. Il est entièrement renfermé dans la partie supérieure et droite du petit bassin ; ses parois sont molles, friables, de couleur noirâtre. On ne sent pas de corps étranger. La fosse iliaque est entièrement libre.

La veine porte et ses grosses ramifications dans le foie ne renferment pas de caillots et pas d'altérations de structure visibles à l'œil nu. La plèvre, les poumons, le cœur, l'estomac sont sains. La rate est un peu augmentée de volume, mais son tissu parait sain. L'intestin dans toute sa longueur n'est le siège d'aucune lésion.

Observation III.

Jorand. — *Appendicite perforante, avec pyléphlébite suppurée et abcès aréolaires du foie* (*Bull. soc. anat.*, 1894, p. 300).

Le nommé Victor B..., âgé de 9 ans, est entré le 5 avril 1894 à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de notre maître le Dr d'Heilloy, salle Henri Roger, no 38.

Jusqu'au 2 avril, il était absolument bien portant, au moins d'après les renseignements que l'on nous a donnés ; dans ses antécédents, nous avons relevé une coqueluche, à l'âge de 7 ans et des privations marquées.

Son père est mort tuberculeux à l'âge de 40 ans. Sa mère tousse beaucoup depuis une pleurésie qu'elle a contractée il y a deux ans. Une sœur de 15 ans tousse également et est soignée à l'asile de Villepinte ; une autre est bien portante.

Dans la nuit du 2 au 3 avril, l'enfant a été pris brusquement de vomissements répétés et incoercibles, de diarrhée, de fièvre très intense, avec agitation et insomnie.

Le lendemain et le surlendemain, les vomissements continuent, les selles sont régulières et quotidiennes, la soif est vive, la céphalalgie intense ; l'enfant est abattu, somnolent, et se plaint de petits frissons.

6 *avril*. — A son entrée à l'hôpital, nous constatons l'état suivant ; le mal de tête a disparu, les vomissements sont un peu calmés. L'enfant est abattu et souffre dans le côté droit de l'abdomen, qui est légèrement ballonné ; la pression est douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite et de l'épigastre. Pas d'épistaxis, pas de taches rosées.

La rate est augmentée de volume ; la langue blanche, un peu saburrale. Pas de râles de bronchite, bien que l'enfant tousse par instants. Battements du cœur normaux ; pouls, 112 fort ; température rectale, 39°5 la veille au soir, 38°3 ce matin.

On pense à un embarras gastrique fébrile.

9. — L'enfant souffre toujours du ventre aux mêmes points : fosse iliaque droite, épigastre et hypochondre droit. La douleur a

été assez vive pour que l'on juge à propos de lui appliquer une vessie de glace.

Pas de sommeil, anorexie complète, langue saburrale légèrement rosée à la pointe et sur les bords.

Selles un peu diarrhéiques, depuis la nuit dernière. Pas de taches rosées, pas de râles dans la poitrine.

La température oscille autour de 40°.

En présence de la courbe thermique, on pense à une fièvre typhoïde.

11. — Les douleurs, atténuées au niveau de la fosse iliaque, sont toujours vives à l'épigastre et à l'hypochondre. T. 39°3 ; pouls 136. L'abattement persiste ; le facies est légèrement grippé et exprime la souffrance ; les yeux s'encavent. Depuis la veille, l'enfant est repris de vomissements alimentaires et bilieux, qui font place dans la soirée à un état nauséeux.

13. — Réapparition des vomissements ; selles diarrhéiques et noires ; langue humide. Aux deux bases des poumons, râles fins, peu nombreux.

14. — Les urines sont foncées, brunâtres.

La réaction de Gmelin est douteuse.

Sensation d'empâtement dans la région de l'hypochondre droit.

16. — A 1 heure de l'après-midi, l'enfant est pris d'un grand frisson avec claquement de dents ; déjà auparavant il avait ressenti à 3 ou 4 reprises différentes, de petits frissons auxquels on n'avait pas attaché d'importance.

Une demi-heure après le frisson, la température monte à 41°1 et redescend le soir à 39°4.

A partir de ce moment, la courbe thermique, déjà irrégulière, le devient encore plus, avec de grandes oscillations du matin au soir. Le ventre, légèrement météorisé, est douloureux à la pression dans l'hypochondre droit et un peu dans la région lombaire correspondante.

Souple et dépressible dans sa moitié gauche, il est tendu à droite. On sent au-dessous des fausses côtes une résistance lisse, régulière, arrondie, qui paraît correspondre assez nettement à la vési-

cule biliaire. Toute cette région est mate jusqu'à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes et se continue sans ligne de démarcation avec la matité hépatique.

Les urines sont claires, jaune citrin, en quantité à peu près normale et ne contiennent pas d'albumine. La langue est humide, la diarrhée a disparu.

23. — L'enfant est calme, bien que les vomissements aient reparu. La langue reste humide et à peine blanchâtre ; mais l'état général est mauvais : le malade est pâle et très amaigri. Le ventre est souple et non ballonné. La région hépatique est toujours douloureuse à la pression. La tumeur n'est pas formée par la vésicule distendue, mais bien par le foie hypertrophié, dont on sent le bord tranchant à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Le diagnostic de suppuration hépatique se pose, suppuration survenue probablement au cours d'une infection intestinale typhoïdique ou autre.

1er *mai*. — L'état de l'abdomen est à peu près le même. L'hypertrophie du foie se traduit par une voussure manifeste. Il existe un peu d'ascite. La diarrhée est abondante et séreuse depuis plusieurs jours.

Bien que la température ait baissé (38°5), l'état général devient franchement mauvais, l'amaigrissement considérable. Le facies est pâle, décoloré, terreux, avec teinte jaunâtre des conjonctives ; la langue, peu humide, est également décolorée et jaunâtre. L'enfant a eu ces jours derniers deux ou trois épistaxis peu abondantes.

La respiration est accélérée, sans qu'il existe de lésions pulmonaires. Le cœur bat faiblement, sans bruit anormal. Les urines ont un peu diminué de quantité.

L'enfant continue à s'affaiblir et succombe le 3 mai, à 8 heures du matin, le 32e jour de la maladie.

Autopsie. — Faite le 4 mai à 11 heures du matin.

Abdomen. Foie. — La paroi abdominale incisée, il s'écoule du liquide ascétique, clair jaune citrin, dont la quantité peut être évaluée à un demi-litre.

Le *foie* déborde les fausses côtes d'un travers de mains au

moins. Pendant l'ablation de l'organe, du pus épais, crémeux, jaunâtre, inonde absolument la région. Poids, 1 kil. 640.

La face convexe présente çà et là de rares fausses membranes, peu consistantes et peu épaisses. On y remarque de plus des bosselures peu prononcées, dépressibles, de couleur foncée, verdâtre, au niveau desquelles le foie a subi un commencement de putréfaction.

Le lobe droit est très hypertrophié et apparaît, sur une série de coupes parallèles, absolument farci d'abcès, dont les plus gros ont le volume d'une noix et qui revêtent l'aspect aréolaire décrit par M. Chauffard. Certains de ces abcès sont superficiels et immédiatement sous-jacents à la capsule de Glisson.

Le lobe gauche, rouge à sa surface, paraît sous à l'œil nu, sur la coupe, à sa plus grande partie, sauf en haut et en arrière où existent plusieurs abcès confluents semblables à ceux du lobe droit.

Dans le pus de ces abcès se trouvent de petites masses granuleuses, friables, irrégulières, de coloration rouge et probablement formées par les pigments biliaires.

La *vésicule biliaire* ne contient pas de bile.

Veine porte. — Les tissus de la veine porte sont dilatés et remplis de pus épais, jaunâtre. Une grosse branche veineuse se dirigeant en arrière est oblitérée par un caillot thrombosique fibrineux.

En incisant avec les ciseaux, les bronches de la veine porte à travers le tissu hépatique, on tombe presque immédiatement dans la cavité des abcès que nous avons décrits plus haut.

Intestin et péritoine. — Les anses intestinales sont libres, sans traces de fausses membranes. Le péritoine de la région cœcale présente seulement un peu d'injection vasculaire. Ce n'est qu'en détachant le cœcum que l'on tombe dans une cavité du volume d'un œuf, à parois irrégulières, noirâtres, d'aspect gangréneux, sans contenu purulent.

Limitée en avant par le cœcum, la fin de l'iléon et le mésentère, elle est close en arrière par le bord antéro-interne du muscle psoas-iliaque droit et par la face antérieure du rectum. Elle est traversée par un tractus grisâtre dans lequel est noyé l'appendice

iléo-cœcal, replié en arrière du cœcum et perforé à son extrémité.

L'intestin, ouvert dans toute sa longueur, présente vers la fin de l'iléon des plaques de Peyer un peu tuméfiées, lisses, non ulcérées, ayant l'aspect de barbe fraîchement faite. Les ganglions mésentériques, noirâtres, ont atteint le volume d'un petit pois.

Rate. — Grosse, 200 grammes, friable, sans abcès.

Reins. — Augmentés de volume. Rein gauche 110 grammes. Rein droit 100 grammes. Ils sont blancs, lisses, mous, avec arborisations étoilées à leur surface. La capsule se détache facilement. Sur la coupe, la substance corticale, blanche, est parcourue par des stries noirâtres. Les pyramides de Malpighi sont pâles, injectées seulement à leur périphérie.

Thorax. — Plèvres saines, ne renfermant pas de liquide. Poumons, violacés, atélectasiés à leur base, emphysémateux par places au sommet, cœur normal, valvules saines.

Observation IV.

Schœmaker. — Cas n° 1. — *Epingle ordinaire dans l'appendice vermiforme*; *infection rétro-péritonéale secondaire*, *abcès du foie* (*Medical News*, Philadelphia, 1893, p. 398).

H. P..., 18 ans, admis à l'hôpital, se plaignant d'obstruction d'intestins, vomissements fécaloïdes, température sous la normale avec péritonite bien définie. Mourut environ 30 heures après une opération pour un abcès près de l'appendice. L'état du foie et des tissus rétro-péritonéaux était inconnu à ce moment et complètement masqué, sans quoi on n'aurait tenté aucune opération, la mort étant inévitable.

Son histoire avant son entrée à l'hôpital est maigre et non satisfaisante. Le malade avait été soigné pendant 12 jours chez lui. La maladie débuta par un frisson coïncidant avec une douleur dans l'hypochondre droit qui était ancienne au dire de sa sœur. L'ayant vu une heure avant l'opération, il avait eu une obstruction des intestins pendant 5 jours avec constipation obstinée depuis plusieurs jours auparavant. Il avait eu des vomissements fécaloïdes

et température sous-anormale pendant 12 ou 15 heures avec péritonite évidente

Le ventre distendu, les parois œdémateuses, plus résistantes dans la région iliaque droite quoique vu la forte tension on ne pût s'assurer ni de la présence, ni de l'absence d'une tumeur. Respiration thoracique = 36, température 95°6 Fahr., pouls = 90 × 118, intelligence intacte quoiqu'il y ait eu du délire. Pas de douleur mais un renvoi plutôt qu'un vomissement d'un liquide clair, brun qui décelait l'odeur fécaloïde. On a essayé de combattre la constipation par du calomel, des purges salines, des lavements de glycérine, du sulfate de magnésie et de la térébenthine qui ont échoué. Il n'y avait pas d'évidence de maladie de foie, pas d'ictère, douleur, rougeur ou obstruction veineuse ou hypertrophie de l'organe, tandis qu'il y avait obstruction évidente des intestins avec péritonite que l'apparence œdémateuse du côté droit démontrait.

L'incision sur la ligne semilunaire droite montra du pus et de la lymphe épaisse et jaune aussi, le péritoine coupé. On lave 2 ou 3 onces de pus d'une cavité située dans le péritoine limitée en dehors par la paroi pelvienne, en dedans par les anses adhérentes d'intestins. Les intestins étaient très distendus, et comme les adhérences paraissaient limiter la cavité du pus de tous côtés, on préféra chercher et attirer l'appendice vermiforme qu'on ne pouvait sentir d'abord. Considérant l'état du malade une telle manœuvre à ce moment serait très dangereuse. La cavité de l'abcès fut lavée et bourrée de gaze iodoformée, l'incision restant ouverte. Ceci donna un soulagement. La température s'éleva à la normale et quelques heures après atteignit 99°8. Les vomissements et le hoquet disparurent aussitôt tandis que le malade urinait abondamment. Dans les 24 heures suivantes on obtint au moyen du cathétérisme 87 onces d'urine. Le mieux ne continua pas plus longtemps. Le malade n'allait pas à la garde-robe et dépérit graduellement l'après-midi du jour après l'opération, le pouls n'ayant jamais dépassé 120 et la température 100°6.

Autopsie. — Siège de l'opération propre. La surface pariétale du grand épiploon baignait dans du pus qui venait probablement

d'un abcès crevé du foie. Pas de pus sur les intestins, mais une péritonite générale récente avait donné une adhérence générale des intestins et un dépôt très étendu de lymphe fraîche et translucide qui au-dessous du foie dans le flanc gauche était jaunâtre et en masses demi-solides. L'appendice s'étendait en bas et quoique, très distendu et environné de dépôt plastique récent, n'était pas apparemment percé ni gangrené. Il contenait une épingle ordinaire tête en bas. Il y avait une inflammation purulente des tissus connectifs et des veines derrière le péritoine et le long d'un tracé de 2 à 3 pouces de large, de la racine de la mésentérique, en haut le long de la colonne vertébrale et à gauche. Cette zone infiltrée de pus grisâtre s'étendait à une courte distance entre les couches de l'épiploon gastro-hépatique et englobait les structures à la fissure transverse du foie. Cet organe contenait dans sa substance un abcès apparemment aigu, situé près de la surface du lobe droit à son point culminant. Le pus, qui était jaune, occupait une seule cavité irrégulière, de grandeur de 2 × 2 × 3 pouces. Le foie était aisément séparable du diaphragme, le pus se montra aussitôt qu'on essaya ce déplacement. Comme on l'a dit la surface du grand épiploon était couverte de pus liquide qui n'avait pas atteint la surface intestinale en quantités visibles.

Observation V.

Schœmaker. — Cas n° 2. — *Gangrène de l'appendice. — Inflammation suppurée aiguë des branches appartenant au système porte. — Abcès multiple du foie* (*Medical news*, Philadelphia, 1893, vol. LXII, p. 398).

W. S. 17 ans. Auparavant bonne santé. Père mort de fièvre entérique et mère d'apoplexie, quoique une année avant sa mort j'aie extirpé un sarcome du sein et de l'aisselle.

12 *novembre*. — Après avoir pris des aliments indigestes au déjeuner et au dîner, le malade travailla pendant quelque temps dans un courant d'air froid et fut saisi de douleur avec nausées suivies dans la soirée de vomissements. 2 selles solides ce jour.

13. — Douleur abdominale localisée en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à droite, passant un peu en arrière le long de la crête iliaque. Il y avait quelque difficulté à étendre la cuisse droite. Frisson prolongé dans la soirée suivi de transpiration et de vomissements. Une selle solide.

14. — Douleur continue à être localisée. Quelques nausées et renvois, mais pas de vomissements, 2 frissons prolongés (à secouer le lit) dans l'après-midi, 2 le soir, suivis de sueurs profuses. Une selle diarrhéique.

Je le vis pour la première fois le 15 novembre, le trouvant habillé et levé à 9 heures. Température = 99, pouls = 90, conjonctive jaunâtre. Sensibilité marquée sur l'appendice avec tension des muscles, mais pas de douleurs, même dans la respiration forcée. Pas de tympanisme, intelligence intacte. Le diagnostic d'appendicite fut porté et on dit à la famille qu'il faudrait songer à l'opération quoiqu'elle ne fût pas demandée.

Le malade passa hors de mes mains, et il m'est permis de publier l'histoire suivante. Admis à l'hôpital où il eut un violent frisson suivi d'une température = 104 et transpiration. Jusqu'à ce moment le diagnostic ne parut pas embarrassé, mais vu le jour suivant par le médecin visitant, la présence d'une appendicite ne fut pas positive, car la sensibilité locale avait disparu de la fosse iliaque droite. Cette sensibilité n'était pas non plus accusée par la pression rectale. On ne sentait même pas d'épaississement par le rectum et la résistance des muscles abdominaux était légère. L'abdomen plat.

De cette époque jusqu'à la mort, 8 jours plus tard, l'obscurité du diagnostic s'épaissit. La jaunisse apparut et devint intense. Insomnie complète mais pas de délire. Température irrégulière de 103 à 97. Le foie un peu augmenté mais pas sensible. Rate augmentée. Emaciation rapide s'ensuivit avec langue sèche et brunâtre, sorte de coma et le malade quelques jours plus tard, après avoir été transféré en chirurgie, meurt 12 jours après le début de la maladie.

Autopsie. — Jaunisse. Cœur : normal. Poumons légèrement adhérents aux sommets mais pas d'abcès. Reins augmentés, congestionnés, la capsule s'enlevant aisément, pas de pus. Rate : dou-

ble de sa grosseur et contenant un infarctus hémorrhagique de la grosseur d'un pois. Intestins non distendus. Pas de signes de péritonite généralisée. En soulevant le cœcum et en détruisant les adhérences légères environ 2 gr. de pus clair et grisâtre autour de l'appendice qui était épaissi et gangrené au milieu, un morceau de sphacèle de 3/4 pouce s'étant détaché de la paroi postérieure, une concrétion d'un quart de pouce de diamètre qu'on a reconnu après pour être de matière fécale et non un calcul biliiare, occupait le tiers supérieur et sain de l'appendice, bouchant complètement la lumière. Une zone de péritonite pariétale sur laquelle reposait l'appendice gris noirâtre et gangréneux montrant une petite perforation. En arrière du péritoine et s'étendant obliquement en haut de la racine de l'appendice jusqu'en avant de la colonne se trouvait une zone infiltrée de tissu connectif lâche et de veines qu'on pouvait retirer de la cavité abdominale comme une section d'intestin. Sur une coupe, il montrait du tissu enflammé, les veines étant distendues à l'intérieur, ayant leurs parois épaissies avec un liseraie gris sale et contenant un liquide gris. Le foie était augmenté et parsemé d'abcès de toute dimension jusqu'à 1 pouce du diamètre. Ces derniers étaient nombreux près de la scissure transverse. Le vésicule biliaire distendu par du mucus. Pas de calculs. Cerveau : normal. Pas de pus ailleurs que là ou c'est décrit déjà. Il y avait de nombreuses ulcérations de la couche muqueuse du cœcum de différentes grandeurs, jusqu'à un tiers de pouce de diamètre, une desquelles entourait l'ouverture de l'appendice dans le cœcum. Un stylet y pénétrait avec beaucoup de difficulté.

Observation VI (résumée).

Jacob. — Thèse de Paris, 1893.

P... âgé de 12 ans entre dans le service de M. Variot avec ictère, tuméfaction et douleurs hépatiques, délire.

Temp. 41°. On croit à un abcès du foie, la ponction ne ramène rien.

A l'*autopsie* on trouve un appendice gangrené en partie d'où partent deux veines pleines de pus. La veine-porte elle-même contient des caillots purulents et le foie est criblé de petits abcès.

Observation VII.

Monnier. — *Abcès multiples du foie et phlébite de la veine-porte chez un enfant de 12 ans. — Mort* (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1892).

C..., Joseph, entre le 30 mai 1892, dans notre service d'enfants, salle St-Joseph, n° 13. Né dans la Haute-Loire, il habite Paris depuis 3 ans. Pas d'hérédité à part une tante morte de la poitrine. A toujours été délicat sans autres maladies cependant qu'une fluxion de poitrine à l'âge de 6 ans. En avril dernier a commencé à maigrir et à perdre son entrain habituel, tout en continuant ses classes. Le 6 mai en faisant un effort pour soulever un pavé volumineux, il a éprouvé une sensation « *de froid dans le ventre* », dit-il, et une vive douleur, particulièrement dans le flanc droit : vomissements fréquents dans la nuit. Il put cependant suivre ses petits camarades dans leurs exercices les jours suivants, tout en souffrant et en vomissant de temps à autres : il eût même de grands frissons.

Le 15 mai, il s'alite : deux médecins consultés auraient, dès ce jour, diagnostiqué une suppuration profonde sans préciser son siège. Même état jusqu'au 30 mai, époque où il fut amené dans notre service.

Etat actuel. — Maigreur considérable, traits tirés, teint subictérique. Ventre à peine ballonné, mais rénitent, sonore, non douloureux, hormis dans les hypochondres et l'épigastre. Foie un peu augmenté de volume, sensible à la pression, nullement fluctuant. Pas de vomissements, langue sèche. T. 39°.

3 *juin.* — Le foie a notablement augmenté de volume, il est très douloureux à la pression : épistaxis de temps à autre, fièvre intense 39° à 40°. Une ponction, faite à l'épigastre avec une seringue de Pravaz, donne une goutte de pus.

7. — Aggravation de l'état général. Augmentation de la vous-

sure épigastrique, vaguement fluctuante, extrêmement sensible. Ponction au point culminant, un peu à gauche de la ligne blanche, avec la seringue de Pravaz, qui se remplit facilement de pus mélangé à du sang. Il s'agit donc d'un abcès intra-hépatique.

Anesthésie. — Lavage antiseptique de la région. Incision couche par couche jusqu'au foie. On ne voit pas de pus. Une petite incision en fait sourdre, à 2 ou 3 millimètres de profondeur : il est fétide, jaunâtre. Comme les adhérences du foie à la paroi sont extrêmement fragiles et ne se décollent pas aisément, nous suturons les lèvres de l'incision hépatique portée à 3 centimètres avec la peau, comme dans les kystes hydatiques. Un drain volumineux est enfoncé sans efforts, à 3 centimètres dans la poche. Pansement à la gaze iodoformée et au sublimé.

8. — Nuit un peu agitée. La température persiste à 39°. Pus assez abondant dans le pansement. Anesthésie chloroformique. Avec le petit doigt et avec une sonde métallique mousse, nous dilacérons dans toutes les directions le tissu hépatique, jusqu'à 7 centimètres de profondeur. Issue d'une assez grande quantité de pus fétide. Lavages au sublimé. Double drain en canon de fusil, pansement antiseptique.

Le lendemain, la température persiste à 39°. Le 10 elle était à 42°2 le matin et à 36° le soir ; depuis lors elle a eu constamment de grandes oscillations, accompagnées d'épistaxis, de dyspnée, d'agitation surtout la nuit, mais sans vomissements, sans diarrhée : les selles avaient eu lieu chaque jour, mais étaient décolorées ; une seule fois il y eut du mélœna ; les urines étaient acajou, la peau sèche, terreuse, avec un peu de subictère. A deux ou trois reprises, l'enfant, qui avait toujours l'intelligence intacte, se plaignit de froid avec violents frissons.

Malgré des lavages antiseptiques journaliers, des sondages latéraux profonds, jusqu'à 10 et 12 centimètres donnant toujours issue à du pus, malgré des toniques, le petit malade déclina peu à peu et mourut le 19. Dans les derniers jours, le ventre s'était ballonné sans être devenu bien sensible ; à aucun moment, nous n'avions senti d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

Autopsie. — Les bords de l'incision hépatique sont adhérents à l'orifice cutané, mais pas très fortement. Il n'a pas coulé toutefois une goutte de pus dans le péritoine sous-hépatique, absolument sain dans toute son étendue.

Entre le lobe gauche du foie et le dôme diaphragmatique est une collection purulente volumineuse descendant en arrière jusqu'à la rate ; elle est parfaitement localisée. Sur le lobe droit en existe également une, mais pas plus grosse qu'un marron.

Le foie enlevé de la cavité est, comme vous le voyez, très augmenté de volume, d'un poids de 1600 grammes, il a 26 centimètres de largeur, 21 de hauteur et 5 d'épaisseur. Il présente de nombreuses bosselures fluctuantes, surtout dans le lobe gauche. Ce sont des abcès dont le volume varie entre un pois et un marron. La veine-porte à ses parois épaissies, tomenteuses ; elle est remplie depus.

La vésicule biliaire et les canaux biliaires sont indemnes.

La rate volumineuse aussi, car elle a 13 centimètres sur 9 centimètres, présente un abcès du volume d'une grosse noisette ouvert dans la cavité purulente ci-dessus mentionnée.

Les deux plèvres contiennent du liquide, la gauche plus que l'autre, et celui-ci louche : il est certain que quelques jours plus tard l'enfant aurait eu un épanchement purulent de la plèvre gauche, par continuité évidemment avec l'épanchement sous-diaphragmatique.

Epanchement séreux dans le péricarde : cœur un peu hypertrophié, sans lésions volontaires.

Reins également hypertrophiés et un peu gros. En cherchant dans le tube digestif s'il n'existait pas d'altération capable d'expliquer cette hépatite, nous trouvons dans le cœcum 3 ou 4 petites ulcérations à 2 millimètres de l'orifice dans une cavité sous-muqueuse, capable de loger une lentille et pouvant contenir un petit pois : sa paroi opposée est formée par la séreuse, elle-même perforée, mais après la mort croyons-nous, car il n'existait ni adhérences, et partant ni péritonite, ni collection purulente à ce niveau.

Observation VIII.

Rendu. — *Ulcération de l'appendice iléo-cœcal suivie de pyohémie* (*Clinique médicale*, 1890, t. II, p. 127).

Marthe D..., jeune fille âgée de 20 ans, d'une excellente santé antérieure, habitant Paris depuis 2 ans et par conséquent acclimatée à la grande ville, nous est amenée le 5 février pour une maladie aiguë datant de dix jours. L'affection a débuté d'une manière obscure. Le 27 janvier elle se plaint d'un violent mal de gorge et d'une courbature générale ; un médecin appelé auprès d'elle, constate une angine érythémateuse de moyenne intensité, et un état fébrile hors de proportion avec la lésion locale. Le lendemain et les jours suivants, la rougeur de la gorge persiste en s'atténuant, mais les symptômes généraux s'accusent de plus en plus. L'abattement est extrême, la malade est prostrée et somnolente : de la céphalée, des douleurs lombaires, de la diarrhée viennent s'ajouter aux signes de l'angine initiale. On modifie le diagnostic porté tout d'abord, et on l'envoie à l'hôpital comme atteinte de fièvre typhoïde.

Cette interprétation paraissait d'autant plus justifiée, que le début de la diothiénentérie par une angine n'est pas très rare chez les jeunes sujets, et qu'alors les choses se comportent exactement comme dans le cas actuel, les symptômes pharyngés ouvrant la scène, et s'effaçant à mesure que s'accentuent les manifestations d'un état général infectieux. Le jour où cette jeune fille entra à l'hôpital, il eut été difficile de ne pas accepter l'idée de fièvre typhoïde. La malade très abattue et adynamique, avait le visage vultueux, congestif, le pouls plein, modérément fréquent (96), les battements du cœur normaux et fortement frappés : la température du corps était très élevée (40°) ; la langue sale, le ventre tendu et douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque droite : en ce point on percevait du gargouillement. La douleur se faisait sentir également d'une façon diffuse, vers l'hypochondre droit et l'épigastre : la rate, sans être fort développée paraissait plus grosse qu'à l'état normal. Il y avait une diarrhée abondante et fétide.

Quelques signes pourtant manquaient au tableau d'une fièvre

typhoïde régulière. Bien que la maladie datât de dix jours, on ne voyait pas de trace d'éruption typhique sur l'abdomen, ni à la surface du corps, et, d'autre part, la diarrhée n'avait pas la couleur acreuse spéciale à la dothiénentérie. De plus, malgré l'adynamie déjà fort prononcée, les poumons ne paraissent pas congestionnés et n'offrent aucun râle. Enfin la malade avait sur les lèvres une éruption d'herpès récente, symptôme tout à fait insolite au début d'une fièvre continue, et qui, sans avoir une valeur décisive, devait inspirer quelques doutes au sujet de la réalité de l'infection typhique.

L'affection qui se rapprochait le plus de cet ensemble de symptômes était la typhlite et j'y songeai dès le premier jour. Mais l'exploration la plus attentive de la région cœcale ne révélait ni empâtement, ni tumeur : la douleur à la palpation était médiocre, à peine plus accentuée que sur le reste du ventre, moins prononcée assurément qu'au niveau de l'hypocondre droit. Le début des accidents n'avait pas eu la brusquerie, ni l'intensité de la typhlite, qui s'annonce d'ordinaire comme une péritonite ; les vomissements, la tympanite, la constipation, avaient fait défaut ; au contraire, sans l'intervention d'aucun purgatif, la diarrhée s'était accusée dès le troisième jour de la maladie ; l'herpès labial ne prouvait évidemment rien en faveur de l'hypothèse d'une inflammation cœcale. On ne pouvait donc soupçonner ni à plus forte raison affirmer la présence d'une typhlite.

Trente-six heures après l'entrée de la malade à l'hôpital, survint un symptôme décisif, qui acheva de démontrer qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde. Dans la soirée, sans cause provocatrice appréciable, la malade fut prise d'un violent frisson, avec claquement de dents, et d'une hyperthermie considérable. En moins d'une heure, la température, qui oscillait aux environs de 39°, monta brusquement à 40°5 ; en même temps les traits s'altérèrent, les lèvres devinrent cyanosées ; le pouls imperceptible, battait 150 fois par minute. A cette crise succéda une transpiration profuse, au sortir de laquelle la température du corps s'abaissa au dessous de 37°. Ce tableau clinique rappelait à s'y méprendre, les frissons qui

se produisent au cours de la pyohémie, quand des produits septiques pénètrent dans le sang. Ce fut le diagnostic que je portai le lendemain quand j'appris ce qui s'était passé, et que je vis la malade encore épuisée par l'accès fébrile de la nuit.

Dans la journée même, deux nouveaux frissons, presque aussi intenses que celui de la veille, se produisirent avec des phases analogues. Il en fut ainsi dans les trois jours qui suivirent : du 8 au 10 février, cinq grands frissons avec claquement de dents se répétèrent à des heures variables, sans que rien dans l'hygiène de la malade justifiât une recrudescence fébrile. Pendant ce temps, l'état général s'aggravait : la stupeur faisait des progrès et entre les périodes de frissons s'établissait une somnolence permanente ; la langue était sèche, fuligineuse, des épistaxis se reproduisaient presque quotidiennement, l'éruption typhique manquait toujours.

Il était évident que nous assistions à l'évolution d'une pyohémie d'origine viscérale, mais rien dans l'examen des organes ne permettait de soupçonner en quelle région se produisait le foyer septique. A part une sensibilité diffuse de moyenne intensité le ventre était souple, peu ballonné ; il ne présentait même plus le gargouillement et la douleur iléo-cœcale des premiers jours. Les fosses iliaques étaient indolentes : l'utérus n'offrait aucune augmentation de volume et le toucher vaginal ne révélait pas de sensibilité ni d'empâtement dans les culs-de-sac ; il était certain qu'on ne pouvait songer à une métrite ou à une pelvi-péritonite.

Par contre, l'examen du thorax faisait pressentir des lésions congestives probablement d'origine septique. A la base du poumon droit, on percevait une zone de matité peu étendue, au niveau de laquelle la respiration s'entendait mal et s'accompagnait de râles fins. Bien que je fusse convaincu que l'altération pulmonaire fut secondaire je me demandai si un foyer de pleurésie purulente n'était pas en train de se produire, et je fis une ponction exploratrice avec une aiguille capillaire qui ramena quelques gouttes de sérosité sanguinolente un peu louche. Il paraissait donc probable que la plèvre allait devenir le siège d'une suppuration prochaine, mais cette constatation n'éclairait pas la cause première de la ma-

ladie, car le développement d'une pleurésie purulente ne justifiait pas l'apparition des frissons répétés ni la marche de la température.

On ne pouvait pas davantage accepter l'hypothèse d'une endocardite ulcéreuse, l'auscultation du cœur ne révélait aucune lésion, pas même l'assourdissement des bruits valvulaires si fréquents dans les états infectieux. Mais ce qui démontrait bien qu'il s'agissait d'une septicémie, c'était la présence d'une notable quantité d'albumine dans l'urine, celle ci du reste était rare et foncée en couleur et riche en indican, comme dans les fièvres graves.

Dans le doute de l'origine réelle des accidents, mais avec la certitude d'une maladie septique, le traitement fut ainsi formulé. Quotidiennement la malade prit un gramme de sulfate de quinine et tous les deux jours 20 centigrammes de calomel à doses réfractées (en 5 paquets) de façon à produire l'antiseptie intestinale. Comme régime exclusivement du lait ; comme boisson, des grogs légers. Trois fois par jour l'hyperthermie fut combattue par des lotions froides, administrées comme pour la fièvre typhoïde.

Malgré ce traitement, les symptômes de l'infection purulente continuèrent à se manifester. Le 15 février, quelques instants avant la visite, survint un frisson d'une demi-heure de durée pendant lequel le facies de la malade devint terreux et bistré comme au cours des accès pernicieux de l'impaludisme. Ce fut le dernier. Ce jour-là, pour la première fois, le ventre parut ballonné et douloureux au niveau des fosses iliaques. Quarante-huit heures plus tard, les signes d'une péritonite subaiguë n'étaient plus douteux. Le ventre énormément distendu, refoulait le diaphragme ; au-dessous de la zone de tympanite existait de la matité, et on commençait à percevoir de l'ascite dans les parties déclives. La malade était tourmentée par des nausées et des éructations continuelles, sans hoquet ni vomissements ; elle était dégoûtée de toute espèce de nourriture. Le pouls devenait petit et fréquent, la respiration anxieuse, les traits s'altéraient et prenaient le facies péritonéal.

Le lendemain, des vomissements bilieux incessants vinrent compléter le tableau de la péritonite ; le tympanisme devint énorme.

Dans un de ses vomissements, la malade rejeta un ascaride. Elle succomba le soir même, sans souffrances, ayant conservé presque jusqu'à la fin sa connaissance, et continuant à présenter de la diarrhée, malgré l'invasion de la péritonite.

L'*autopsie* nous donna l'explication des symptômes constatés pendant la vie. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les intestins réunis par des pseudo-membranes fibrineuses et baignant dans une sérosité purulente grisâtre ; l'épanchement était de 3 litres environ, marqué d'ailleurs par l'épiploon, qui recouvrait tout le paquet intestinal et qui ne flottait pas au milieu du liquide. Malgré l'abondance des exsudats, le péritoine était médiocrement injecté, et les intestins avaient gardé une pâleur insolite.

Le maximum des altérations péritonéales siégeait au voisinage du cœcum. Là les adhérences étaient plus nombreuses et plus épaisses et il fallut disséquer la région avec soin pour se rendre compte de la localisation des lésions. Une fois l'intestin déroulé et séparé de ses insertions mésentériques, il devient facile d'apprécier le foyer initial de la suppuration. Au dessous et en arrière du cœcum, vers le point d'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin, se voyait un abcès anfractueux de la grosseur d'un œuf de poule à peine, qui fixait latéralement du côté du psoas et qui s'était creusé une loge dans l'épaisseur de ce muscle. Les parois de cet abcès étaient noirâtres et gangrenés ; son contenu était constitué par une sanie grisâtre d'une odeur putride.

Le point de départ de ce foyer gangréneux était évidemment l'appendice iléo-cœcal, car il fut impossible de le retrouver dans son intégrité. Une sorte de diverticule d'un centimètre de longueur émergeait latéralement de la paroi de l'abcès ; c'était l'unique reste de l'appendice vermiculaire, mais cela suffisait pour faire affirmer que l'inflammation initiale provenait de là, et que primitivement il s'était fait une ulcération iléo-cœcale. Toute la portion intermédiaire entre l'extrémité de l'appendice et le cœcum avait disparu. Le cœcum, ouvert par sa partie supérieure ne présentait aucune communication apparente avec le foyer de l'abcès. Cependant, un peu au dessus de son extrémité inférieure, la muqueuse offrait une ul-

cération gangréneuse qui répondait au point d'insertion de l'appendice ; un stylet introduit à ce niveau, pénétrait dans la cavité purulente.

La disposition de cette lésion expliquait parfaitement comment pendant la vie elle avait constamment échappé aux recherches. L'ulcération s'était produite très certainement à la partie postérieure de l'appendice, dans sa portion contiguë au psoas, et elle s'était faite assez lentement pour développer de la péritonite adhésive, et empêcher la pénétration des liquides septiques intestinaux dans la cavité péritonéale. Presque jusqu'à la fin, le foyer était resté circonscrit, et la propagation inflammatoire au péritoine n'avait eu lieu que 2 ou 3 jours avant la mort.

Nous avons recherché avec le plus grand soin, dans le pus de l'abcès, la cause première de l'ulcération appendiculaire. Ordinairement c'est un corps étranger, presque toujours une boulette fécale durcie, que l'on trouve en pareil cas ; mais il n'existait aucun corps solide dans la cavité abcédée et nous restons dans l'ignorance sur le point de départ de la péritonite iléo-cœcale. J'aurai l'occasion de revenir sur ce point tout à l'heure.

Outre cette lésion principale, nous en avons trouvé d'autres en rapport avec la diffusion et le transport à distance des produits septiques nés du foyer gangréneux.

Les ganglions mésentériques correspondant à la région iléo-cœcale étaient énormes et manifestement enflammés : plusieurs atteignaient les dimensions d'un petit œuf : ils étaient rouges, durs et injectés. La plupart avaient gardé leur consistance : deux d'entre eux, cependant, étaient le siège d'un ramollissement central, et leur parenchyme était abcédé, le pus de ces abcès offrait une couleur noirâtre et une odeur putride identique à celle du foyer gangréneux appendiculaire.

Les lymphatiques n'étaient pas seuls à avoir servi de véhicule au poison septique : les veines y avaient contribué pour une large part, et de nombreuses embolies putrides s'étaient faites par l'intermédiaire des radicules originelles de la veine porte.

Le foie avait subi surtout les conséquences de cette infection

secondaire. L'organe volumineux et tuméfié, présentait une série de bosselures dont quelques-unes, immédiatement sous-jacentes à la capsule de Glisson, avaient l'apparence jaunâtre d'abcès prêts à s'ouvrir ; on en comptait cinq à la surface connexe de la glande ; deux particulièrement avaient le volume d'un œuf de poule. A la coupe ces bosselures consistaient en autant de foyers suppurés remplis d'une sauce grisâtre et infecte, absolument comparable à celle du foyer iléo-cæcal. En sectionnant le parenchyme hépatique dans diverses directions, on rencontrait partout des abcès métastatiques d'ancienneté et de volumes différents, disséminés en immense quantité : leur nombre dépassait certainement la cinquantaine, et sur certains points ils étaient tellement pressés, qu'ils donnaient au tissu l'apparence d'une trame alvéolaire.

Dans leur intervalle, le parenchyme hépatique était tassé et brunâtre, de consistance friable : on distinguait cependant les lobules, et les portions respectées par les abcès ne paraissaient pas désorganisées ni enflammées.

La veine-porte qui avait évidemment servi de voie d'introduction aux produits septiques, a été soigneusement examiné dans son trajet intrahépatique, et trouvée absolument saine ; cette recherche n'a malheureusement pas été poursuivie au niveau des veines mésentériques voisines de l'ulcération, et je ne pourrai affirmer qu'il y ait eu de la pyléphlébite radiculaire.

Observation IX.

Souques. — *Abcès multiples au foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1889).

Le nommé Royer Emile, âgé de 58 ans, terrassier, entré à l'hôpital Broussais, le 20 mai 1889, salle Lasègue, 28, dans le service de M. Chauffard.

Cet homme ne présente aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Quant à ses antécédents personnels il aurait eu des fièvres intermittentes de l'âge de 7 ans à l'âge de 11 ans. Il s'agissait d'accès quotidiens revenant tous les matins vers 11 heures et ne durant

qu'un mois par année. A 11 ans, le malade quitte la Sologne, et ne présente jamais plus d'accident paludique. A part ces phénomènes d'intoxication paludéenne, cet homme n'a jamais eu de maladie sérieuse; il n'a jamais eu d'affections vénériennes, il n'est pas alcoolique. C'est simplement un homme exerçant une profession pénible, ayant toujours beaucoup travaillé, fatigué, surmené, dont les articulations sont à demi-ankylosées. Le 17 mai 1889, il est brusquement, sans cause appréciable, pris de douleur abdominale diffuse et d'oppression. Le lendemain il est obligé de quitter son travail; il se trouvait las, courbaturé, sans appétit, tourmenté par la soif. A la suite d'une purgation qu'il s'administre, la douleur abdominale, jusque-là diffuse, dit-il, se localise au niveau de l'hypochondre droit. Se trouvant incapable de travailler, le sommeil troublé par des révâsseries professionnelles, il se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 21 *mai*, on constate les signes suivants: un point douloureux au niveau du bouton diaphragmatique, assez vif, exagéré par la pression et par la toux. L'abdomen est souple, indolent, non ballonné. Le malade se plaint de courbature, de malaise généralisé, de céphalalgie. La langue est bonne. Ni nausées, ni vomissements. Diarrhée abondante, bilieuse; soif assez vive, inappétence. Les urines ne renferment ni albumine ni sucre. Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. La température rectale atteint 39° le matin, 39°2 le soir. Le malade est mis en observation. Régime lacté.

22. — L'état général n'est pas sensiblement changé; température 38°8 le matin, 40° le soir.

23. — La douleur irradie dans toute la région hépatique. La matité du foie est un peu augmentée. Teinte légèrement subictérique. Température 39° matin et soir. Même état général.

24. — La matité hépatique est de 13 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La tuméfaction du foie est uniforme et l'organe déborde partout les fausses côtes.

La douleur est un peu diminuée. A l'auscultation de la région

hépatique on perçoit très distinctement des bruits secs de périhépatite. On prescrit une vessie de glace.

Sur la région douloureuse, o m. 75 cent. de quinine, deux lavements froids quotidiens, six ventouses scarifiées sur l'hypochondre et 2 grammes de naphtol et de salicylate de bismuth. Urines 900 foncées. Urée totale 8 gr. 95. Les jours suivants rien de nouveau à signaler, les selles sont striées de sang.

25. — Urine 800 grammes. Urée totale, 6 gr. 725. Température 38°5 le matin, 39°8 le soir.

27. — Le point douloureux a totalement disparu. La diarrhée devient plus abondante et les selles sont encore sanguinolentes, l'état général s'aggrave ; fuliginosités sur les lèvres, langue sèche, altération des traits, adynamie. Quelques râles sous-crépitants aux deux bases de la poitrine.

Le foie a notablement augmenté de volume, son bord antérieur est très sensible à la palpation. Température 38° le main, 38°8 le soir.

Pouls 110. Urine 120 grammes. Urée totale 9 gr. 30.

Médication tonique et antiseptique.

28. — Les selles sont moins fréquentes et ne sont plus sanguinolentes. Les frottements périhépatiques persistent avec la même intensité. Le ventre est ballonné, indolent. L'état général s'aggrave insensiblement.

La pression la plus forte ne réveille aucune douleur au niveau de l'hypochondre droit. Température 37°8 le matin, 38°8 le soir.

29. — La diarrhée persiste, le foie grossit de plus en plus, sa matité sur la ligne mamelonnaire est de 14 centimètres, sur la ligne médiane du corps de 12 centimètres ; sa consistance est partout uniforme et régulière.

La température est de 37°8 le matin, 38°8 le soir ; pouls petit et fréquent. Urines 800 grammes non albumineuses, tenant des phosphates en suspension. Urée totale 6 gr. 50. La température baisse d'une façon régulière.

Même traitement et en outre une potion cordiale avec 4 grammes d'extrait de quinquina.

30. — L'amaigrissement est très manifeste, les traits sont profondément altérés, la diarrhée est continue. Foie toujours très gras; ventre ballonné. Pouls petit, filiforme, misérable. Teint légèrement subictérique. Quelques râles muqueux aux deux bases du poumon. Urines 700 grammes, sales, brunâtres. Température 38° le matin, 37°8 le soir.

31. — Le foie augmente à vue d'œil pour ainsi dire ; la matité hépatique mesure 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La palpitation la plus méthodique ne réveille aucune douleur.

A l'auscultation de l'hypochondre on entend de gros frottements de cuir neuf dans le lobe droit.

Dans le lobe gauche, ces frottements existent mais sont plus fins. Leur maximum se trouve à l'intersection de deux lignes, l'une verticale prenant dans l'hypochondre droit à huit centimètres de la ligne médiane, l'autre horizontale, passant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En ce point, ces frottements sont très sensibles à la main, surtout dans les mouvements inspiratoires. La fièvre garde toujours son type régulier (température 38° le matin et 37°8 le soir) et la palpitation reste toujours indolente. La diarrhée n'a pas cessé. Encore quelques gros râles aux deux bases, avec quelques frottements à la base droite.

1er *juin*. — Depuis hier la matité du foie a augmenté de deux centimètres environ ; elle atteint l'ombilic sur la ligne médiane. Le malade s'affaiblit progressivement. Refroidissement des extrémités. Température 37°6 le matin. Pouls petit, misérable. Diarrhée persistante. M. Chaffard fait trois ponctions exploratives avec l'appareil de Potain, deux dans le lobe droit, une dans le lobe gauche ; celle-ci reste sèche ; des deux autres, l'une seulement ramène quatre-vingt grammes d'un pus épais et granuleux.

On en prend quelques gouttes pour en faire un examen bactériologique. M. Reclus, consulté au point de vue de l'intervention ne pense pas que celle-ci puisse être supportée par le malade.

Le soir le malade a 37°8 de fièvre ; il a la voix grêle, cassée, il s'affaiblit de plus en plus et meurt dans le collapsus à 2 heures du matin.

Autopsie. — Trente heures après la mort. A l'ouverture de la cavité thoracique on trouve un épanchement pleural double de sérosité citrine assez abondante. Le poumon gauche est adhérent à la partie supérieure et antérieure ; congestion assez intense au sommet et noyaux anciens de tuberculose fibreuse presque crétacée dans le lobe supérieur.

A droite, même congestion du sommet, mêmes lésions de tuberculose ancienne, œdème assez notable. Le cœur ne présente rien de remarquable ; la mitrale est souple avec un léger épaississement des fibres tendineuses. L'aorte est saine. Traces de péricardite sèche localisée autour des troncs aortiques et pulmonaires.

A l'ouverture de l'abdomen le foie fait saillie ; le péritoine est intact.

Les reins sont normaux.

La rate est volumineuse, doublée de poids, présentant des lésions de périsplénite fibreuse ancienne et de périsplénite aiguë récente.

Le foie est très hypertrophié. Son poids est de 3900 grammes ; ses dimensions sont dans le sens vertical de 25 centimètres et au niveau du lobe droit de 30 centimètres. Sur la partie médiane de ce même lobe, de 18 centimètres au niveau du lobe gauche ; dans le sens transversal, son plus grand diamètre est de 29 centimètres. Sur la face antérieure, à la partie moyenne, dans le sinus droit de l'angle formé par le ligament falciforme et le ligament suspenseur, on voit une poche allongée, verticale, de la grosseur d'une tête de fœtus limitée en avant et en haut par la face inférieure du diaphragme et le ligament falciforme, en arrière par le foie lui-même. Les parois de cette poche sont d'un jaune-grisâtre, tomenteuses ; ses limites marquées par un bourrelet de fine infection vasculaire. Elle contient du tissu hépatique sphacélé et du pus. La pression de cette volumineuse poche fait sourdre un pus grumeleux et sanguinolent ; du reste, cette poche s'est ouverte dans les tiraillements qui ont amené l'extraction du foie.

Pas plus à son niveau qu'à tout autre point de la surface hépatique on ne trouve la trace des ponctions qui avaient été faites du

vivant du malade. Au dessus de cet abcès, il existe une autre poche du volume d'une orange ; elle est séparée de la première par un pont étroit de tissu hépatique sain. A la partie moyenne et un peu supérieur du lobe droit, il existe une vaste poche fluctuante, grosse comme le poing et sphéroïdale : à sa partie centrale, la paroi d'enveloppe est d'un blanc rosé et parcourue par de petits vaisseaux. On voit également une autre poche fluctuante à la partie moyenne du bord inférieur de l'organe ; on en aperçoit encore une cinquième mais moins étendue, à l'angle inférieur gauche du bord inférieur du foie.

A la palpation, on reconnaît dans le reste de l'étendue de nombreux noyaux indurés. En pratiquant une coupe verticale à la partie moyenne du lobe droit, on découvre trois abcès de même forme, de même volume, c'est-à-dire gros chacun comme une petite orange, contenant le même pus granuleux, filamenteux, glaireux, par places et se continuant sans capsule d'enkystement bien marquée avec le parenchyme hépatique ambiant.

Lorsqu'on retourne le foie on constate que deux des abcès constatés à la coupe font saillie à la face inférieure. Deux autres s'y dessinent également, l'un, contigu au bord gauche du lobe de Spiegel, l'autre, contigu au bord gauche du lobe carré. Sur une coupe verticale faite au niveau de ces deux poches inférieures on voit qu'elles présentent même forme, même paroi tomenteuses, même contenu que celles déjà décrites plus haut. Le pus de ces divers abcès n'est pas fétide ; il faut en excepter celui d'une poche apparente sur la face intérieure placée au voisinage de l'intestin.

La vésicule biliaire contient une bile jaune et d'aspect normal.

Le tissu de la veine porte ainsi que son tronc et ses racines ne sont point intéressés, ses branches intra-hépatiques disséquées sur la sonde cannelée sont également normales.

L'estomac depuis le cardia jusqu'au pylore ne présente aucune trace d'altération : sa muqueuse est simplement rouge et fortement injectée.

L'intestin grêle, dans toute son étendue, est d'apparence nor-

male ; dans la première et dans la deuxième portion on rencontre également quelques fines arborisations vasculaires.

Le gros intestin présente des altérations remarquables par leur confluence et leur localisation. Le côlon, le rectum, sont sains.

Le cæcum en place ne présente extérieurement aucune altération appréciable ; il est de volume normal. L'intestin est détaché de ses insertions mésentériques dans tout son trajet lavé, incisé et déroulé. On remarque que le cæcum seul présente des lésions. On aperçoit, en effet, dans toute son étendue et particulièrement sur sa face postérieure, de nombreuses ulcérations. Ces ulcérations sont arrondies, superficielles, d'aspect grisâtre avec une légère injection à la périphérie de quelques-unes d'entre elles. Leur volume varie entre une tête d'épingle et une pièce de 20 centimètres.

Le fond ne dépasse pas la muqueuse, il est un peu sanieux, tomenteux. A l'ouverture de l'appendice iléo-cæcal, on constate également 5 à 6 ulcérations grosses comme une tête d'épingle ou une lentille, arrondies, bien limitées paraissant siéger dans la muqueuse, mobiles sous les plans sous-jacents. Quelques-uns sont ulcérés au sommet et d'autres présentent un point blanchâtre, suppuré, comme prêt à s'ouvrir. Les ganglions du voisinage sont assez apparents, noirâtres, un peu augmentés de volume.

Sur la surface externe du cæcum détaché et isolé, on peut voir en deux points une légère teinte sombre, ecchymotique, correspondant à deux ulcérations cæcales un peu plus profondes que les autres.

Examen bactériologique. — L'examen bactériologique du pus a été fait du vivant du malade et après sa mort ; un certain nombre de lamelles ont été préparées, les unes avec le pus retiré par la ponction, les autres après la mort, d'une part avec le contenu des accès hépatiques, d'autre part avec les produits de raclage des ulcérations intestinales. Ces lamelles ont été colorées au violet de méthyle. Leur examen microscopique n'a pas permis de reconnaître de micro-organismes spéciaux, pas de bacilles, seulement de nombreux microcoques isolés ou en points doubles, ainsi que

quelques staphylocoques, mais nulle part aucune trace de streptocoque.

Observation X.

Reinhold. — *Perforation de l'appendice, pérityphlite latente. — Abcès du foie* (*Münchener medicin. Wochenschrifft*, 1887, p. 649).

La nommée A.., âgée de 16 ans 1/2 reçue le 27 octobre 1885.

Dans la nuit du 25 octobre, la malade est prise de violentes douleurs abdominales, de nausées.

Les jours suivants, continuation des mêmes symptômes. Une fièvre intense se déclare qui força la malade à venir nous trouver.

D'après les renseignements donnés par les parents, elle n'aurait jamais ressenti aucune douleur dans la région cæcale et le résultat de notre examen de la région cæcale a été négatif.

27. — Temp. 39°8. Pas de douleur abdominale même dans la région du cæcum. Pas de tuméfaction du foie.

Les jours suivants se déclare une fièvre tantôt rémittente, tantôt intermittente. Grande exacerbation avec frissons suivis de sueurs. Eruption répétée d'herpès labial et lingual.

Les jours suivants quand la malade remue elle ressent des douleurs dans les régions épigastrique et hépatique.

31. — On peut constater une légère augmentation de la matité hépatique.

Les jours suivants, douleur qui s'irradie vers l'épaule droite. Vomissements 3 à 4 fois par jour.

7 *novembre*. — Ictère. Toujours pas de douleurs dans la région cæcale.

Les jours suivants fièvre. État général plus satisfaisant.

L'ictère s'accentue : il est très visible à la sclérotique. Légère albuminurie. Réaction biliaire faible.

19. — La matité hépatique verticale atteint 13 centimètres.

24. — L'ictère a diminué ; il est maintenant très léger.

Les veines sous-cutanées de la paroi abdominale et de la région iliaque gauche sont très hypertrophiées.

La matité hépatique atteint la 5° côte en haut et en bas l'ombilic sur la ligne para-sternale.

Les deux membres inférieurs sont œdématiés jusqu'au pli inguinal surtout à gauche.

25. — Somnolence. Faciès abdominal.

Depuis le 21 il existe de l'hypothermie : la fièvre a disparu.

27. — Météorisme énorme ; augmentation de la matité hépatique en haut, pas de fluctuation. Les veines de l'abdomen sont plus évidentes. L'œdème a augmenté.

Pouls petit, respiration irrégulière, coma, mort.

Autopsie. — Le cæcum et le côlon transverse sont remontés en haut. La capsule de Clisson présente une coloration vert noirâtre.

Le foie atteint en hauteur le bord inférieur de la 3e côte. Il présente à sa surface une quantité énorme de petits abcès noirs verdâtres avec tache blanchâtre au centre.

Le reste du tissu hépatique a un aspect œdémateux.

Les lobules sont très hyperhémiés.

La veine porte est obturée par des thrombus ramollis à leur centre.

L'appendice vermiforme est adhérent au péritoine qui recouvre le psoas iliaque : il présente à son extrémité une perforation étoilée.

La partie qui s'insère au cæcum est reliée au rectum par de fortes adhérences. L'ovaire droit très déplacé en haut adhère également à l'appendice.

Toutes ces parties présentent une coloration noire ardoisée.

La cavité de l'appendice contient une sérosité purulente. Son extrémité inférieure s'abouche dans une cavité purulente au niveau de la perforation.

Observation XI.

Reinhold. — *Ulcérations de l'appendice. — Pyléphlébite suppurée. — Abcès du foie* (*eod. loc.*).

Malade âgée de 25 ans, entrée le 23 octobre 1886.

Depuis dix jours la malade éprouve des douleurs vagues dans l'abdomen et des frissons. Fièvre très irrégulière.

Le 23 elle entre à l'hôpital, la température à 5 heures de l'après-midi est de 37°8. Langue chargée, léger ictère. L'abdomen est le siège d'un météorisme assez prononcé et sensible à la pression dans la région du lobe droit du foie.

La rate est grosse. Pas de taches rosées.

Nulle part on ne constate de sensibilité anormale ni de matité.

Traces d'albumine dans l'urine. Pas de pigments biliaires.

Les jours suivants douleurs vives dans la région antéro-inférieure du foie. Frottements de préhépatite.

Dans les premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital elle eut des frissons répétés (2 à 3 par jour). Plus tard ils sont devenus assez rares.

Dans l'intervalle, fièvre rémittente sans type bien caractérisé.

Le foie ne déborde pas le rebord costal, mais du haut il dépasse la situation normale.

Un changement notable ne fut constaté que le 6 novembre. La matité hépatique fit des progrès du côté gauche jusqu'à ce qu'elle eût rejoint la matité splénique. Il fut alors impossible de trouver entre les deux organes le moindre espace tympanique.

Dans le cours de la maladie, nous pûmes constater un état excellent des organes digestifs.

Le foie déborde toujours très peu le rebord costal.

Le 22, météorisme prononcé, traces d'albumine dans les urines.

Peu de fièvre dans les derniers jours. Les rémissions matinales atteignent la température normale. Le soir la température s'élève encore à 39°. Le pouls est large, jamais mou.

Il n'y a plus de frissons. Les selles sont à peu près normales. De temps en temps un peu de diarrhée.

Le 2 *décembre* se renouvelle un frisson prononcé ; il est suivi d'une température très élevée, avec un pouls fréquent, dépassant 130.

L'état général devient de plus en plus mauvais, les forces diminuent rapidement.

Vers la fin de décembre se manifeste une toux, avec expectoration abondante, muqueuse.

Le météorisme augmentait et les selles devenaient irrégulières.

La malade devenait de plus en plus pâle, malgré une alimentation régulière. De temps en temps, elle se cyanosait. On pouvait voir sur la sclérotique une légère coloration ictérique.

Un œdème se manifesta à la partie inférieure du dos.

L'état du foie et de la rate ne changeait pas.

Vers le milieu de décembre, le foie déborde le rebord costal de 2 travers de doigt. Le diaphragme était repoussé en haut.

On ne croit pas devoir pratiquer une ponction exploratrice parce qu'il y avait manque complet de proéminence locale.

En janvier, au milieu de symptômes fébriles accentués, se développe un épanchement pleural double.

Œdème des membres inférieurs, pouls 112 à 140 pulsations.

10 *janvier*. — Le foie déborde le rebord costal de 5 cm. 1/2 au niveau de l'appendice xyphoïde.

15. — La faiblesse augmente. Somnolence. La toux devient plus fréquente.

18. — Le soir un violent frisson.

19. — La malade tombe dans le collapsus entrecoupé d'excitation délicate. Pouls petit, très mou.

20. — Délire, perte de connaissance, mort après être restée 100 jours alitée.

Autopsie. — Le foie est tuméfié et adhérent à tout ce qui l'entoure, mais surtout à la rate, avec laquelle il contracte des adhérences solides. Les deux organes ne forment qu'une seule masse compacte.

Le foie présente depuis l'extrémité inférieure du lobe droit jusqu'à son point le plus élevé une longueur de 25 centimètres. L'épaisseur du lobe droit est de 11 cent. 5, celle du lobe gauche 11 centimètres.

A la coupe, on trouve une multitude d'abcès de volume variable surtout abondants dans le lobe droit. Ces abcès contiennent un pus blanc-jaunâtre.

A l'extérieur, on n'en reconnaît que quelques-uns sous forme de petites proéminences situées sous le diaphragme.

Les abcès les plus grands sont à peine gros comme une noix. Les plus petits ne sont que les prolongements dilatés des branches de la veine porte.

Il existe souvent une communication libre entre les branches portes intra-hépatiques et les grands foyers purulents.

En passant une sonde dans certains foyers, on aboutit vers le hile au tronc de la veine porte.

Les parois de ces gros abcès sont lisses et généralement formés par une membrane solide sans pigment.

Macroscopiquement le tissu hépatique environnant paraît intact.

Lorsqu'on presse le tissu hépatique dans son ensemble on fait toujours sourdre par une embouchure d'un vaisseau porte une certaine quantité de pus, tandis que l'artère située dans le voisinage reste toujours vide.

Les différentes cavités purulentes communiquent entre elles et forment un véritable tissu caverneux.

Le tronc de la veine porte et ses racines viscérales sont tout à fait libres et ne présentent pas de collections purulentes.

L'appendice vermiforme est oblitéré à son insertion avec le cæcum ; il est rempli d'un liquide muqueux. Sa paroi qui est dans son ensemble pâle et grise, présente sur un certain nombre de points, des pertes de substance qui conduisent dans un foyer gros comme une noisette limité par un réseau d'adhérences.

Observation XII.

Mac Clelland. — *Ulcération de l'appendice par une épingle. — Abcès multiples du foie. — Méningite* (*Lancet,* 1886, 10 avril).

Petite fille âgée de 8 ans, se plaignait de fièvre et de douleurs dans l'épaule droite.

On découvrit après sa mort qu'elle avait avalé 14 mois auparavant une épingle à l'école.

A cette époque, elle s'était plainte de douleurs dans la région de l'aine droite.

Neuf semaines avant son admission à l'hôpital, elle fut prise de fièvre et de douleurs dans l'épaule droite.

La face présentait une coloration terreuse mais pas jaune.

Entrée à l'hôpital. — Température élevée avec rémission matinale. Insomnie, soif, transpiration profuse. Urines normales. Constipation. (La diarrhée survient plus tard). Augmentation de volume du foie qui finit par descendre jusqu'à l'ombilic.

Une semaine avant la mort la malade était dans un état typhoïde et deux jours avant elle eut des convulsions localisées dans le côté droit englobant le bras, la bouche et la jambe. Jamais d'ictère mais le facies resta terreux pendant toute la durée de la maladie.

Mort après séjour de 26 jours à l'hôpital.

Autopsie. — Le foie est très augmenté de volume, poids : 4 livres, 8 onces. La partie supérieure du lobe droit contenait une cavité d'abcès du volume d'une mandarine remplie d'un pus épais. Tout le lobe droit avait l'aspect alvéolaire dû à une multitude d'abcès de différentes grandeurs.

Le lobe gauche quoique sain en apparence était très hypertrophié. La vésicule biliaire contenait une assez grande quantité de bile jaune dorée. Pas d'obstruction des canaux biliaires.

L'appendice vermiforme était épaissi et allongé, adhérent à 1/2 pouce de son extrémité avec la paroi pelvienne. En séparant cette adhérence on trouve la paroi de l'appendice très mince et ulcéré sur sa surface interne.

L'adhérence correspondait à la tête d'une grosse épingle qui était englobée dans l'appendice, la tête en bas. Pas de signes d'inflammation récente.

En ouvrant le crâne, le centre du sinus longitudinal était distendu par un caillot qui contenait une goutte de pus. Tache de congestion intense autour de la scissure de Rolando.

La pie-mère est épaissie. Un abcès de la grosseur d'un pois dans le lobe occipital droit près de son centre.

Observation XIII.

A. Bernhard. — (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, fasc. 4, 1886). Clinique du professeur Kohts, Strasbourg.

Jeune garçon âgé de 10 ans issu d'une famille robuste et lui-même toujours bien portant.

27 *octobre* 1884. — Il présente tout à coup des frissons fort violents, des douleurs abdominales très intenses et des vomissements biliaires.

A son arrivée à la clinique, 13 jours après le début de la maladie, on constate que l'abdomen est le siège d'une douleur extrêmement intense principalement au niveau de la région iléo-cæcale et de l'hepogastre droit ; mais c'est seulement à partir du 22e *jour* de la maladie que le côté droit de l'abdomen fait une légère saillie au dehors. La fièvre avait tous les caractères d'une fièvre pyohémique ; elle était intermittente et s'élevait certains jours jusqu'à 40°8 et s'accompagnait de frissons répétés.

A ces symptômes s'ajoutait une légère constipation. Le pouls au début plein et tendu devint plus tard mou et petit ; sa fréquence s'élevait parfois jusqu'à 128 pulsations par minute.

La respiration accélérée oscillait entre 20 et 40.

Au niveau de la rate matité étendue et de plus légère douleur à la pression.

Rien d'anormal du côté des poumons, du cœur et des reins.

Pendant les derniers jours de la maladie les frissons cessèrent complètement. Les vomissements verdâtres qui s'étaient arrêtés reprirent de nouveau. Le malade succomba le 25e jour de sa maladie. Jusqu'à la fin les fonctions intellectuelles étaient restées normales.

Du vivant du malade on avait établi le diagnostic de pérityphlite avec péritonite secondaire généralisée. On avait bien pensé un moment à l'existence d'abcès dans le foie, mais l'absence d'un certain nombre de symptômes importants principalement de l'ictère et de l'augmentation de volume du foie laissa des doutes au sujet de ce dernier diagnostic.

A l'*autopsie* pratiquée par le professeur von Recklinghausen on put constater une péritonite diffuse, fibrineuse et purulente et de la pérityphlite; mais à côté de ces lésions, il existait en outre une pylephlébite secondaire et une série d'abcès gros comme une cerise logés dans la face supérieure du lobe droit et dans la face inférieure du lobe gauche du foie. La péritonite grâce à son énorme étendue avait masqué pendant la vie les autres complications.

Le point de départ de ces diverses altérations a été une pérityphlite ; mais la cause de cette dernière maladie est restée inconnue il n'existait ni calcul fécal ni corps étranger quelconque, ni perforation.

Observation XIV.

Robinson. — *Ulcération de l'appendice vermiforme suivie de pyohémie* (*Lancet*, 1885, 2 février, p. 333).

Le nommé W.., âgé de 19 ans recruté depuis 2 mois au service militaire. Admis le 24 octobre 1884 à l'hôpital.

Se plaint de grandes douleurs dans le ventre accompagnées de nausées, de frissons, douleurs dans le dos, céphalée. Faiblesse extrême. Raconte qu'il s'est senti malade troïs jours auparavant.

Examen du malade. — Langue sale au milieu, pointe et bords rouges. Peau chaude et sèche. Par moments sueurs copieuses. Constipation. Température le soir de l'admission 101, pouls 110. Il se plaignait de douleur et de sensibilité à la palpation dans tout le ventre, mais principalement dans la région épigastrique. Ces douleurs ne sont pas sensiblement augmentées par la pression.

Gargouillement dans la région cæcale.

Pas de matité ni d'induration. Le ventre est distendu et tympanique, matité hépatique légèrement augmentée en avant.

Matité marquée en arrière jusqu'à l'angle de l'omoplate. Souffle tubaire et augmenté de résonnance locale. Matité splénique normale.

État stationnaire jusqu'au 31. Constipation opiniâtre. Température se manifeste par ascensions et rémissions irrégulières accompagnées de frissons et de sueurs.

Céphalalgie et insomnie.

31 *octobre*. — Ictère, l'urine est très colorée, les matières sont peu colorées et peu abondantes. Les jours suivants la température s'élève le soir à 106°2 accompagnée de frissons, pouls 104. Le malade étendu sur le dos est inconscient mais sans délire. Céphalalgie très vive, mais très peu de douleurs abdominales.

2 *mars*. — Ictère plus marqué. Nausées fréquentes et vomissements bilieux. La température tombe à 102°8.

5. — Ictère persiste, température s'abaisse.

6. — Température tombe à 100°, pouls faible, 101° pulsations. Respiration 36. Tympanisme peu accusé. Pas de douleur abdominale. Polyurie. Constipation.

8. — Température 100, pouls 120, respiration 36. Frissons fréquents suivis de transpiration profuse, peu de sommeil. Langue sèche et brunâtre. Herpès labial.

9. — Pouls 120, mou et dépressible, peau sèche, nausées mais pas de vomissements. Ictère plus marqué. Prostration. Pas de délire.

11. — Pas de changement dans l'état général, nuit mauvaise, diarrhée inquiétante. Matières verdâtres. Urines albumineuses.

14. — Etat stationnaire, insomnie nocturne, ventre moins distendu, pas de douleurs.

Les frissons continuent et ont augmenté d'intensité et de durée.

15. — Faiblesse augmente, pouls petit 120.

16. — Emaciation et prostration très accusées, le malade ne souffre pas, se couche plus volontiers sur le côté droit.

17. — Le malade décline graduellement, léger délire. Mort à 5 heures du matin, le 18.

Autopsie. — Quelques verres de sérosité jaunâtre dans le péritoine (péritonite subaiguë). Exsudats sur le cæcum.

Adhérences entre les anses intestinales.

L'appendice vermiforme est épaissi, congestionné, noirâtre et ulcéré. Il était dilaté par une série de petits abcès développés en chapelet depuis de son cul-de-sac, du volume d'une noisette, et il y avait perforation au milieu. Pas de corps étrangers. Le cœcum et le

côlon ascendant congestionnés, mais pas d'ulcération. Les glandes mésentériques sont augmentées de volume et sont le siège de nombreux petits abcès. Foie parsemé d'abcès variant comme volume de la grosseur d'un pois à une petite orange. Le plus large contenait 2 onces de pus épais et crémeux et situé dans la partie postérieure et interne du lobe droit. Cette portion du foie était augmentée de volume en comparaison avec le reste de la glande qui n'était que très peu hypertrophié. Vésicule biliaire vide et contractée. En passant une sonde (avec difficulté) on vit que c'était dû à un abcès qui prenait sur les conduits biliaires et empêchait l'écoulement de la bile. Estomac très dilaté et contenant une grande quantité de liquide biliaire.

Rate et rein légèrement congestionnés mais autrement sains.

Observation XV.

Sonnenfeld. — *Ulcération et gangrène de l'appendice. — Phlébite suppurative des veines mésentériques et de la veine porte. — Hépatite suppurée* (*Wien med. Presse*, 1885, p. 1258).

Le nommé J. M..., âgé de 28 ans, apprenti maçon, fut reçu le 8 juillet 1885.

Il avait été pris, dans la nuit du 4 au 5 juillet, de violentes douleurs dans la moitié droite de l'abdomen : en même temps survenaient de la courbature, maux de tête, inappétence, et par intervalle des vomissements d'un liquide bilieux et cinq fois par jour des selles diarrhéiques.

Les douleurs abdominales se maintinrent d'une façon continue, le malade se laissa mettre quelques sangsues qui le soulagèrent peu.

Entrée le 8 juillet. — Constitution robuste, traits un peu tirés, peau normale, faiblesse et courbature, inappétence, langue humide et chargée.

A la pression, la région hépatique et la région cæcale sont très douloureuses. Dans la région cæcale, on constate une matité très étendue.

Température, 38°8, pouls, 90.

10. — Augmentation de volume du foie en hauteur. Il atteint la 6e côte.

Le malade est pris dans l'après-midi d'un frisson qui dure 1/2 heure. Après le frisson, la température s'élève à 40°.

La température vespérale tombe à 38°8.

11. — La température atteint encore 40° et le pouls 120 au moment de l'accès.

12. — Ictère léger. La tuméfaction du foie augmente. Quelques selles liquides fortement colorées par de la bile.

Température, 38°7 le matin, 38° le soir.

Sensation de tension épigastrique.

Le 14, à 2 heures de l'après-midi, frisson qui dure 1/2 heure et qui est suivi de sueurs profuses.

A 4 heures 39°8.

La matité hépatique a un peu augmenté en hauteur. Elle atteint le 5e espace intercostal en haut, et elle descend en bas à 2 travers de doigt sous les fausses côtes.

A 5 heures, nouveau frisson de 1/2 heure de durée. La température, prise d'heure en heure, donna les résultats suivants : 40°, 39°6, 38°3, 38°1.

On porta alors le diagnostic de pyléphlébite suppurée ayant pour origine une inflammation ulcéreuse de la région avoisinant le cæcum.

15. — Le foie déborde de trois travers de doigt l'arc costal inférieur à droite de l'appendice xyphoïde.

En bas on sent une tuméfaction arrondie qui ne peut guère être limitée.

La température oscille entre 39° et 40°6.

Deux frissons, l'un à 3 heures, l'autre à 6 heures.

Le 16 au matin 40°, le malade est somnolent ; le pouls est petit et fréquent, les extrémités froides : il existe un certain degré de cyanose ; le corps est recouvert d'une sueur froide. Pas de fluctuation dans la région hépatique.

Le 17 le malade a vomi cinq fois dans la nuit et a une selle li-

quide. Les douleurs ont disparu, mais il se plaint d'une grande faiblesse. La langue est sèche, rôtie, le visage vultueux.

L'ictère a beaucoup augmenté et le malade présente une coloration jaune orange.

Toute la région du foie est très sensible à la pression ; la tuméfaction arrondie peut s'apprécier à droite de l'appendice xyphoïde. Pas de fluctuation.

Le malade nous déclare qu'il a eu il y a un an un ictère qui dura cinq semaines et s'accompagna d'une violente douleur dans la région du foie. Nous donnons alors à la pyléphlébite une origine angiocholitique.

Le 18 à 7 h. 1/2 du soir le malade succombe.

Autopsie. — L'extrémité de l'appendice est ramollie et présente une coloration gris sombre. Sa paroi a par places complètement disparu.

Dans les endroits où la paroi est conservée, la muqueuse est ulcérée. Dans la partie supérieure cependant la muqueuse ne présente aucun changement.

Le foie est fortement tuméfié. Sur la surface antérieure du lobe droit, on voit une tumeur hémisphérique, fluctuante de la grosseur d'une mandarine qui à la coupe est constituée par la réunion de petits abcès gros comme un pois et présentant une coloration gris noirâtre. On trouve soit à la superficie soit dans la profondeur de l'organe une semblable réunion de petits abcès. Le tronc de la veine porte contient du liquide gris sale et purulent.

La vésicule biliaire, le canal cholédoque, le canal hépatique ne sont pas changés.

Dans le cæcum et dans les parties les plus inférieures de l'iléon, non seulement les veines mésentériques sont remplies de pus, mais tout le tissu cellulaire environnant est infiltré. En particulier, il existe à la partie inférieure de l'iléon à l'insertion du mésentère un foyer purulent gros comme une noix.

Observation XV *bis* (résumée).

Thoinot (*Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 529).

M. Thoinot fait voir les pièces anatomiques d'un individu qui avait succombé à des abcès multiples du foie.

Il existait une pyléphlébite dont le point de départ était l'appendice cæcal. On suivait jusqu'au hile du foie à partir de cet appendice une veine mésentérique enflammée et thrombosée.

Observation XVI.

De Gennes. — *Pérityphlite gangréneuse. — Abcès du foie* (*Bull. de la Soc. anat.*, 1883).

Le 27 janvier entre dans le service de M. Grancher suppléé par M. Cuffer, salle St-Louis, n° 13, le nommé Rupli Jacques, âgé de 19 ans, garçon marchand de vins. Ce jeune homme n'a aucun antécédent morbide. Il avoue des excès alcooliques. Son père paraît être mort d'affection pulmonaire.

Début. — Sans cause occasionnelle, ce malade a été pris il y a 4 jours d'une douleur à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, douleur circonscrite et ne s'irradiant pas dans les régions voisines.

État actuel. — A son entrée à l'hôpital, ce jeune homme paraît fatigué, il est pâle, légèrement obèse ; il présente une éruption d'herpès sur la lèvre supérieure. Il se plaint de mal de tête, d'insomnie, d'inappétence. De plus, il accuse une douleur à la partie supérieure de la fosse iliaque droite, cette douleur n'est pas augmentée par la pression. Pas de tuméfaction à ce niveau.

Langue sèche, ni constipation, ni diarrhée.

Foie, gros, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes. La rate est grosse également. Un peu de catarrhe laryngo-bronchique. Rien à l'auscultation des poumons. Rien au cœur. Les urines contiennent une notable proportion d'albumine.

Etat général. — Assez sérieux ; légère prostration, réponses brèves, lentes. T. 38°. Frisson très intense dans la soirée.

2 *février*. — Depuis l'entrée à l'hôpital, frissons violents plusieurs fois par jour, suivis de sueurs abondantes. Au moment du frisson, la température monte à 40° et 41°, lorsque avant le frisson elle était à 37°. Céphalalgie disparue. Insomnie persistante. Douleur de la fosse iliaque disparue. On note une nouvelle douleur dans la région du foie. Léger ictère. Les urines ne contiennent plus d'albumine. Sulfate de quinine 0 gr. 60.

3. — Même état. Ictère un peu plus accentué. Frisson ce matin avec une température de 39°4. Le soir 37°4.

5. — Pas de frisson le 4. Ce matin violent frisson avec 41°3. Mêmes signes du côté du foie. Ictère moins intense.

8. — Le 6 et le 7 petits frissons sans élévation considérable de la température. Le 8 au matin grand frisson. T. 41°2. Vomissements à ce moment. Anémie très rapide. Pâleur très accentuée.

9. — Vomissements, diarrhée. Mêmes signes du côté du foie.

Examen du sang. — Pas de leucocytose, hypo-globulie marquée. Globules rouges, 3.200.000.

11. — La température a baissé d'une façon constante ces jours-ci. Douleur hépatique augmentée. Amaigrissement, pâleur extrême, prostration.

16. — Nouveaux frissons suivis de sueurs profuses. Haleine repoussante. Ventouses scarifiées sur la région douloureuse.

18. — Douleur apaisée par les ventouses. Frissons avec 40°.

21. — Température élevée à plusieurs reprises ces jours-ci : 39°, 40°, 41°. Le malade ne peut se lever pour aller aux cabinets. Rougeurs du côté droit de la face.

24. — Plusieurs petits frissons depuis le 21, quelques vomissements, ictère léger. Douleur au niveau du foie persistante.

Urines rouges contenant du pigment biliaire.

27. — Etat général de plus en plus mauvais. Peau et muqueuse décolorées, langue sèche, narines pulvérulentes.

Amaigrissement progressif. Sommeil conservé. Plus de grands frissons, mais de petits et fréquents frisonnements.

2 *mars*. — Prostration considérable. Rougeur diffuse de la face. Voix tout à fait éteinte, haleine absolument repoussante. La diar-

rhée qui avait cessé a de nouveau reparu, les selles n'ont du reste rien de particulier. Congestion pulmonaire aux deux bases. Foie douloureux, hypertrophié, dépasse de quatre travers de doigt les fausses côtes. T. 38°.

6. — Prostration extrême. Respiration difficile ; extrémités un peu refroidies. Pouls petit, misérable. Douleur hépatique plus accusée, douleurs dans la région rénale. T. du 4, 40°, du 5 au soir 39°, du 6 au matin 37°4, du soir à 5 heures, 36°6. La mort arrive à 9 heures du soir.

Le diagnostic porté le premier jour avait été typhlite. Puis la douleur de la fosse iliaque ayant disparu dès le lendemain, en présence de l'herpès des lèvres, du catarrhe léger laryngo-bronchique et de l'ictère, on pensa à une fièvre catarrhale. Cette idée dut bientôt être abandonnée, en présence de la gravité des symptômes, de la douleur du côté du foie.

C'est alors que la courbe thermique qui a pour caractères principaux de grandes oscillations avec des températures très élevées intermittentes fit penser à une suppuration quelconque et dans l'espèce à un abcès du foie. Toutefois, l'absence de symptômes bien nets d'une collection purulente fit qu'on se rattacha plutôt à l'idée d'une hépatite parenchymateuse.

Autopsie, pratiquée 36 heures après la mort. Le cadavre dégage une odeur repoussante et quoique la mort ne remonte pas à plus de 36 heures, la putréfaction est déjà avancée. On ouvre l'abdomen, on constate tout d'abord que le foie est très hypertrophié, il est marbré de larges taches verdâtres. On cherche alors à détacher le foie en passant la main entre la face convexe et le diaphragme. Cette manœuvre fait sourdre de plusieurs points de la face convexe du lobe droit une matière brunâtre, couleur chocolat gris clair, horriblement fétide. La face intérieure du foie est un peu adhérente à l'intestin sous-jacent.

Le foie enlevé, on examine la fosse iliaque ; ici, on constate que la partie supérieure de cette région est le siège d'une inflammation gangréneuse ; le tissu cellulaire péricæcal est totalement sphacélé. Nulle part, dans cette région, il n'y a de pus collecté.

La gaîne du muscle psoas est sphacélée, le tissu musculaire n'est pas altéré, il en est de même de la partie profonde de la paroi abdominale antérieure à ce niveau.

Revenons un peu sur les altérations péri-cæcales qui ont, dans l'espèce, une très grande importance. La masse gangréneuse qui entoure cette partie de l'intestin est disséquée avec soin, on la détache assez facilement de la surface de l'intestin qui paraît sain au-dessous. On cherche l'appendice iléo-cæcal, mais il ne peut être trouvé, il doit cependant être compris dans cette masse de pérityphlite gangréneuse. On ouvre alors le cæcum, la muqueuse est absolument saine, on trouve l'orifice de l'appendice iléo-cæcal, et y introduisant un stylet, on arrive de suite dans la masse gangréneuse déjà décrite. Il semble donc que l'appendice cæcal était compris dans cette masse et qu'il a été détruit par ce processus pathologique, ses éléments n'étant plus reconnaissables au milieu de ces tissus. Aucune lésion dans le reste de l'intestin.

Foie. — Il est très volumineux, pèse 2.200 grammes. Il est mou, flasque, on remarque de larges taches noirâtres à la surface.

Une entre autres est très large au niveau de la partie supérieure de la face convexe du lobe droit.

Plusieurs orifices fistuleux se remarquent à cet endroit. Nous les avons déjà mentionnés. Coupe verticale à ce niveau, on aperçoit alors une énorme cavité anfractueuse qui laisse écouler un pus fétide, brunâtre, grumeleux. Après avoir lavé cette cavité, on remarque au fond des lambeaux de tissu hépatique sphacélé. Cette région ne saurait mieux être comparée qu'à une caverne gangréneuse du poumon. Un peu au-dessous de ce premier abcès, foyer plus petit, plus superficiel, mais de même nature. Faisant alors des coupes en d'autres points du foie, on a sous les yeux une foule de points blancs jaunâtres qui, percés avec une épingle laissent sourdre du pus. En résumé grand abcès gangréneux de la face convexe du foie, petit abcès miliaire dans le reste de l'organe.

Rate, un peu hypertrophiée, molle, ne contient pas d'abcès. Les reins volumineux, flasques, mous, présentent de la dégénérescence granulo-graisseuse de la substance corticale. Il n'y a pas trace

d'abcès. Poumons congestionnés, on les divise en tranches minces; pas traces d'abcès. Rien dans les autres organes.

Observation XVII

Church. — *Ulcération de l'appendice causée par une épingle. — Hépatite suppurée* (*Boston medic. journ.*, 83, CIX, p. 269).

11 *novembre* 1882. — E. K..., fillette de 9 ans, qui, au retour de l'école le jour précédent, se plaignait de lassitude et de grande faiblesse qui s'étaient emparé d'elle dans l'après-midi. En réponse aux questions de sa mère, elle dit en souffrir de toute part. On plaça la fillette au lit et la nuit s'écoula sans sommeil.

A mes questions, j'appris que la fillette se portait toujours bien, quoiqu'elle parut délicate. Antécédents héréditaires bons. Pas d'histoire d'accidents ou de traumatisme. La mère disait que l'appétit de l'enfant était toujours précaire. Ordinairement constipée.

Examen. — Plutôt grande pour son âge, peau et traits délicats, vaisseaux cutanés très remarquables sur tout le corps principalement sur le torse. A la pression profonde de chaque hypochondre pas de sensibilité, tumeur ou œdème. Du 11 au 17, l'enfant insista pour être habillée ; état général le même que le 1er jour jusqu'au 18e, où elle eut (comme le raconte sa mère) une crise nerveuse, pendant laquelle elle était sans repos et avait soif.

Les joues sont rouges, la peau sèche ; légère transpiration une heure plus tard.

L'état général est sensiblement le même.

Le lendemain, même accès à la même heure.

Le 20, elle est saisie spontanément d'un frisson et se plaint d'une sensation de froid. Nausées et vomissements immédiatement après le frisson. Le frisson terminé, la pâleur de la face est remplacée par une vive rougeur.

Le lendemain, ayant changé mon heure de visite, je trouve la malade aux prises avec un frisson violent suivi de nausées et de vomissements. Les matières vomies sont constituées par les liquides ingérés et par de la bile.

Ce frisson dura 45 minutes et fut suivi de coloration rouge de la face.

Le pouls est accéléré. Soif et élévation de la température. Temp. 103 Fahr., pouls 112, respiratian 38.

La malade ne ressent aucune douleur.

Les jours suivants amélioration. Le pouls reste à 100.

27. — Céphalalgie. Rien dans la poitrine, pas de douleur ni de sensibilité en aucun point de l'abdomen, bien que j'aie exercé une pression digitale très profonde sur les deux hypochondres.

La percussion au niveau du foie semble indiquer une légère augmentation de la matité hépatique du haut et vers la ligne médiane. Légère hypertrophie de la rate.

28. — La malade a eu un autre frisson suivi de fièvre, nausées et vomissements.

29. — Nuit sans repos, frisson à 5 heures, nausées et vomissements plus graves. Cependant pas de douleurs.

La fièvre pendant le frisson du matin s'était élevée à 105°8.

30. — Pouls 100°, respiration et température normale, pas de douleur ni de sensibilité pendant l'examen.

1er *décembre.* — J'apprends que la veille la malade a eu un frisson le soir à 10 heures. La fièvre a suivi une 1/2 heure après. Dans cet intervalle la malade dormit très bien.

2. — Elle se plaint de douleurs aiguës dans la hanche et la cuisse droite. Ces douleurs sont lancinantes.

A l'examen du foie et de la rate on ne trouve aucune tuméfaction perceptible, ni aucune fluctuation. Mais la zone de matité sur chacun de ces organes semble avoir augmenté de telle sorte que la ligne de matité est continue tout au travers du corps. Impossible de savoir si la zone de matité est due au foie ou à la rate.

3. — Vomissements pendant un frisson accompagnés d'une violente douleur épigastrique. Toux considérable avec sensation de frisson. Décubitus sur le côté gauche.

Anorexie complète, émaciation. Intelligence intacte, pouls 98. Se plaint de grande faiblesse, pas de douleur.

6. — Frisson, nausées, vomissements accompagnés de douleur.

Frissons suivis d'une élévation de température et terminés par une transpiration profuse.

7. — Frisson de très longue durée suivi de fièvre, urines, densité diminuée, beaucoup d'albumine et de matières colorantes biliaires.

9. — 480 grammes d'urine dans les 24 heures, urines fortement bilieuses. La malade est beaucoup plus faible. Conjonctive et sclérotique nettement ictériques.

10. — Pouls 104, respiration 28, température 100. La malade se plaint de démangeaisons sur tout le corps. Peau sèche et très ictérique, sensibilité manifeste sur la région du foie et de la rate à la palpation et à la percussion, mais pas de douleur spontanée.

12. — Peau jaune foncé, langue couverte d'enduit sale, épais et brunâtre

Zone mate très étendue, pression douloureuse au niveau de la vésicule biliaire. Pas de dyspnée. Urines albumineuses. Dépôt de cylindres hyalins et de débris épithéliaux. 180 grammes d'urine dans les 24 heures.

13. — (33e jour de la maladie), température normale, nuit mauvaise. 120 grammes d'urine dans les 12 heures, urine épaisse fortement chargée de bile.

Déjections fortement teintées de bile. Sensibilité vive au niveau de la vésicule biliaire. Pas de tumeur ni de fluctuation. Pas de douleur en dehors de la pression exercée sur le foie.

14. — Vomissement pendant la nuit. Ténesme vésical, quantité d'urine = 90 grammes dans les 12 heures.

Intelligence intacte. Pas de douleur à la pression. Sensation de froid aux extrémités. Herpès lingual et buccal. Coloration verdâtre de la peau.

15. — La malade reste sans repos jusqu'à minuit. Nausées légères et vomissements précédés d'une sensation de froid. Urines 150 grammes dans les 12 heures.

La coloration verdâtre du visage a presque disparu.

16. — Pouls 112, respiration 36. La malade causa toute la nuit.

Intelligence intacte. Voie forte, pas de douleurs en dehors de la pression sur le foie. Tympanisme abdominal.

A 1 heure la malade entre dans le coma, mort à 1 h. 30, après 36 jours de maladie.

Autopsie. — Ictère généralisé. Emaciation marquée. Le foie hypertrophié descend jusqu'à l'ombilic. Pas d'adhérences péritonéales. Légère quantité de sérum incolore.

Rate normale. Poumon et cœur normaux.

La face convexe présente sur le lobe droit une tache foncée. Cette zone est surélevée et fluctuante. En retournant l'organe on trouve un second renflement sur sa face inférieure au niveau du lobe carré. Cette tumeur est plus nettement circonscrite que la précédente. Elle reposait sur le duodénum qui se trouvait teinté en brun foncé au niveau du point de contact.

Le foie pèse 2 livres une once.

Vésicule biliaire normale.

A la section du foie on distingue les abcès qui sont très distincts. La surface coupée paraît granuleuse.

En sectionnant le grand abcès, on ne trouve aucune membrane distincte l'englobant.

A son contact on trouve une zone de tissu hépatique noirâtre très congestionné.

L'intérieur de ces abcès est constitué par un grand nombre de subdivisions et ressemble comme structure au carcinome alvéolaire. Les espaces sont remplis de pus pur et crémeux nullement teinté de bile.

Les parois des alvéoles sont constituées par du tissu fibreux, dense.

Pendant l'examen on fit sourdre du pus par la veine-porte. Celle-ci ne présente ni thromboses ni embolies. Les parois sont lisses et brillantes.

L'appendice vermiforme était très adhérent du bas au péritoine de la fosse iliaque, mais ne présentait pas d'inflammation. Dans sa cavité on percevait l'existence d'un corps solide, épingle, aiguille ou arête de poisson.

L'appendice ayant été sectionné, on ne découvre pas de perforation. La pointe des ciseaux résiste et tombe sur une épingle située longitudinalement et la pointe dirigée vers le cæcum.

L'épingle était invaginée sous la muqueuse par sa pointe.

La muqueuse de l'appendice était épaissie remarquablement. Sa surface s'élevait au-dessus des parties environnantes avec une coloration foncée dans la portion du contact avec l'épingle.

Pas de thrombose dans les veines mésentériques mais celles-ci sont rouges, injectées et dépolies.

Observation XVIII.

Gendron. — *Perforation de l'appendice vermiforme. — Abcès péri-cæcal. — Pyléphlébite suppurative.* (Th. Paris, 1883).

Le nommé Gardet, 31 ans, entre le 17 mars 1883 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 22. Sujet vigoureux, aucun antécédent, habitudes alcooliques.

Dix jours avant son entrée dans le service, il eut un refroidissement, étant en transpiration ; il fut pris de courbature générale, fièvre, céphalalgie, anorexie, constipation, douleurs abdominales sans localisations précises ; puis il jaunit peu à peu.

Le jour de son entrée il présente de l'ictère et de la fièvre ; peau jaunâtre, conjonctives fortement teintées.

Ventre un peu ballonné, épigastre douloureux, foie gros déborde les fausses côtes, matité mamelonnaire très étendue. Circulation collatérale marquée, langue humide, saburrale, anorexie. Soir, P. 96 ; T. 39°.

Poumons et cœur sont indemnes.

Urines rares, foncées, fébriles, ne contenant ni segment ni albumine. Prostration générale.

Régime lacté ; purgatif salin. Les jours suivants état reste mauvais, fièvre persiste, frissons surviennent avec stade de sueurs abondantes ; selles rares, décolorées, ictère intense.

5 *mars.* — Frissons violents suivis de sueurs abondantes. P. 104. T. 40°5.

7. — Etat général mauvais, selles décolorées diarrhéiques. Quelques râles aux deux bases des poumons.

11. — Prostration, foie gros, rate tuméfiée, pas d'ascite, fièvre, frissons.

14. — Epistaxis abondante, même état.

18. — Délire, selles contiennent un peu de sang. P. 104; T. 38°4.

19. — Rêvasseries, frisson, regard terne, anurie, langue sèche.

20. — Mort le matin.

Autopsie. — Le péritoine contient un peu de sérosité citrine, il est sain. Pour examiner les voies biliaires dans toute leur étendue, le foie est enlevé avec le duodénum ; en extirpant ce dernier et en coupant le pancréas, on voit s'écouler un flot de pus. Lorsque ces viscères sont sortis de la cavité abdominale, on peut constater que ce pus s'est écoulé par la lumière de la veine porte ; on voit alors en ouvrant ce vaisseau, qu'il contient sur une étendue de 10 centimètres environ, un caillot adhérent à sa paroi, grisâtre et ramolli par places, le comblant presque au niveau de son origine. Des sinus de la veine porte, le pus s'échappe à flots, les bronches de la veine en sont également gorgés, et tous ces canaux sont énormément dilatés. La surface interne des parois veineuses a perdu son aspect libre et joli ; la tunique interne présente de petits tractus blanchâtres ; aussi loin qu'on va, les parois veineuses limitent un contenu purulent, grisâtre, et nulle part elles ne sont détruites.

Le foie est très volumineux, il pèse 3 kil. 50 grammes, sa surface est lisse, de couleur normale. Sur les coupes, le tissu hépatique ne paraît pas altéré, mais on met à jour des espaces portes d'où s'écoule du pus ; on peut remarquer que ces collections liquides répondent dans l'espace porte à la lumière de la veine sectionnée et sont limitées par ses parois très dilatées. C'est surtout au centre des deux lobes, et plus particulièrement dans le lobe droit, qu'on découvre ces foyers de pyléphlébite ; à l'œil nu, le tissu environnant la veine ne paraissait pas altéré. Les veines sus-hépatiques ne présentaient aucune lésion. Il n'y avait dans les voies bi-

liaires ni calculs, ni trace d'angiocholite. Au niveau du hile du foie il existait quelques ganglions lymphatiques.

En examinant le mésentère sectionné pour détacher le duodénum, on vit de son épaisseur s'écouler un peu de pus provenant d'une veine qui avait été coupée. Le mésentère étant enlevé avec toute la masse intestinale, on a pu suivre cette veine et la voir aboutir à l'angle de réunion du cæcum et de l'iléon ; dans sa cavité, elle contenait du pus et des caillots adhérant à ses parois épaissies et difficiles à isoler. En arrière et en dedans du cæcum il y avait un petit foyer putrilagineux, bien circonscrit, auquel aboutissait la veine enflammée sans qu'on pût déterminer s'ils communiquaient ensemble. Ce foyer à parois grisâtres irrégulières ne contenait aucun corps étranger. L'iléon et le cæcum étaient parfaitement sains, leur muqueuse n'offrait aucune altération. Mais un stylet enfoncé dans l'orifice de l'appendice aboutissait au foyer et en ouvrant cet appendice suivant sa longueur, on pouvait voir que son extrémité se perdait dans ce foyer qui avait été le point de départ de la phlébite.

L'examen histologique du foie a été pratiqué sur divers fragments pris dans des régions inégalement atteintes. Sur de larges coupes, colorées au picro-carmin, la topographie des lésions se prête à une division de ces derniers en lésions lobulaires et lésions des canaux portes.

Avec un faible grossissement, on découvre que les lobules sont le siège d'altérations communes à presque tous ; c'est une dégénérescence graisseuse très avancée.

Sur tous les points des préparations, cette dégénérescence apparaît avec les mêmes caractères d'intensité et de localisation.

Elle porte sur la partie centrale du lobule ; à ce niveau, les cellules hépatiques n'ont plus réagi au picro-carmin, elles offrent des dimensions considérables pour quelques-unes et ce reflet spécial au genre d'altération qui s'y est fait ; à la périphérie, au contraire, on remarque une mince zone formée de cellules bien teintées par le réactif colorant et n'ayant nullement participé au processus qui a si profondément atteint les zones concentriques. Ces lésions,

vues avec un grossissement qui permet d'embrasser l'ensemble de la préparation, frappent surtout par leur généralisation à presque tous les lobules et par leur mode de distribution uniforme dans ces lobules.

Les espaces portes sont le siège d'altérations qui atteignent les veines, les conduits biliaires, la gangue conjonctive dans laquelle les uns et les autres sont plongés. Elles sont surtout communes et manifestes dans les grands espaces.

Les branches de la veine porte sont très profondément altérées, et pour quelques-unes ces altérations sont plutôt celles d'une inflammation lente et ancienne. Dans ce cas on trouve les parois très épaissies, la tunique interne bourgeonnante et la lumière du vaisseau très rétrécie ; sur certaines coupes, elle est même oblitérée par un thrombus. Par contre, en d'autres points, les veines présentent des lésions plus en rapport avec l'acuité du processus, dans leur cavité on peut trouver çà et là quelques amas de globules rouges et blancs ; leurs tuniques sont infiltrées par des cellules embryonnaires ; en examinant des sections transversales des veines, on découvre que sur certains points ces tuniques disparaissent au milieu d'un foyer de ces cellules, ce foyer pariétal peut se continuer avec une abondante infiltration par les mêmes éléments de la gangue conjonctive contiguë à la veine. Ailleurs, la paroi épaissie et infiltrée par quelques cellules embryonnaires n'est pas détruite, et cependant à sa périphérie il s'est fait une accumulation en foyer de ces cellules.

Sur bon nombre de points on retrouve ces productions cellulaires sous forme de foyers ou de traînées, mais il n'est pas toujours facile de déterminer leur relation avec les branches veineuses qui doivent en avoir été le point de départ.

C'est ainsi qu'au milieu des groupes d'îlots hépatiques, dans les espaces interlobulaires, il y a çà et là des amas cellulaires, allongés ou arrondis, limités par des lobules hépatiques et au milieu desquels on ne distingue aucun vaisseau.

Observation XIX.

Netter. — *Abcès du foie consécutif à une ulcération de l'appendice cæcal par une épingle* (*Soc. clinique*, 1882).

La nommée Camille Duroy, domestique, âgée de 23 ans, entre le 16 septembre 1883, salle Sainte-Thérèse, n° 25, dans le service de M. Barth, suppléant M. Grancher.

Avant ces derniers temps, elle n'a jamais été malade, elle n'est pas sujette à tousser. Depuis trois jours, elle est mal en train, n'a pas d'appétit, souffre de la tête et du ventre. Au moment de son entrée, on constate une éruption rubéolique qui a complètement disparu le matin.

Cependant sa santé ne s'améliore pas ; la malade a 39° le soir ; la langue est chargée. Il n'y a pas de taches rosées, pas de diarrhée, mais la pression de la fosse iliaque est douloureuse à droite.

Ces signes sont insuffisants pour faire admettre une fièvre typhoïde. On pense volontiers à un simple embarras gastrique ; mais il ne survient pas d'amélioration, malgré l'administration d'un ipéca.

Le 21 *septembre*, nous examinons avec un grand soin la poitrine et constatons une différence sensible dans l'inspiration du sommet gauche, qui est forte et rude. Pas de modification à la percussion.

Nous sommes donc porté à modifier le diagnostic dans le sens de la granulie.

Les jours suivants, la fièvre persiste, dépassant 39° le soir avec une rémission de huit dixièmes en général le matin. La malade pâlit et maigrit d'une façon marquée. Sueurs nocturnes.

28. — La respiration conserve le même caractère au sommet gauche. A la base droite en arrière, sur une hauteur de quatre travers de doigt, matité ou plutôt submatité. Affaiblissement du murmure vésiculaire. Pas de souffle. Vibrations nulles dans tous les deux poumons.

6 *octobre*. — La matité à droite est devenue plus marquée. Il y a aussi un peu de matité à la base gauche en arrière du côté droit,

à la partie inférieure, empâtement qui va jusqu'à la région des lombes. La pression du doigt détermine une dépression qui démontre l'existence d'un œdème.

13. — La matité à droite monte jusqu'à l'épine de l'omoplate. Le bord libre du foie est abaissé, il déborde le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt. La palpation est douloureuse.

17. — La malade est toujours affaiblie. Son teint est devenu très pâle, comme terreux. Accès fébriles à grande rémission (2° à 3°) ne cédant pas au sulfate de quinine ; douleur modérée ; pas de dyspnée. En raison du mauvais état, on se décide à tenter une ponction que n'indique pas l'état de la respiration et qui, on le craint, donnera issue à un liquide purulent. Soupçon de nature tuberculeuse. Œdème des parois thoraciques, fièvre rémittente. Etat général mauvais.

La ponction est faite le 17 au lieu d'élection ; le liquide est extrêmement fibrineux, s'écoule avec grand'peine, se coagule tout de suite, il renferme beaucoup de globules rouges qui lui donnent sa coloration. On ne retire que 100 grammes.

19. — L'abaissement du foie paraît plus marqué de jour en jour. L'état général décline. Frissons tous les jours à heures régulières.

28. — La limite supérieure de la matité thoracique n'est pas modifiée.

Le bord libre du foie est bien abaissé ; il est au-dessous du nombril.

On sent la face supérieure du foie derrière la paroi abdominale au-dessous du rebord costal.

A ce niveau, il y a une fluctuation profonde. Les mouvements d'inspiration donnent lieu à une sensation de crépitation.

On veut faire immédiatement une ponction au niveau du foie, que l'on suppose maintenant le siège d'un abcès.

La malade n'y consent que le 31 octobre.

On enfonce le trocart au point qui paraît fluctuant. On retire 300 grammes d'un liquide jaune, épais, d'odeur très fétide.

Après la ponction la malade faiblit de jour en jour. Elle meurt

le 1er novembre à 2 heures du matin, n'ayant jamais eu d'ictère ou d'ascite.

AUTOPSIE, le 2 novembre à 8 heures. A l'ouverture de l'abdomen, écoulement assez abondant de sérosité.

Pas trace de péritonite.

Le foie fait une saillie énorme. Le lobe droit déborde la ligne médiane, descend en bas jusqu'au niveau de la fosse iliaque.

A la partie supérieure du foie qui regarde la paroi antérieure, saillie arrondie, fluctuante, du volume d'un œuf de dinde, au niveau de laquelle le foie a une teinte jaune au lieu de la couleur normale qu'il conserve ailleurs. Un peu plus bas que cette saillie, trace de la ponction cicatrisée, à ce niveau, caillot noir gélatineux.

Le foie pèse 1500 grammes.

En incisant la face supérieure du lobe droit, on tombe sur une poche fort volumineuse renfermant au moins deux litres de pus fétide, jaunâtre.

Le pus fluide ne renferme pas de fausses membranes. Il y a seulement deux caillots fibrino-purulents rosés, gros comme un œuf de poule.

La paroi de l'abcès a une couleur gris jaunâtre ; elle est irrégulière par suite de la présence de bords circonscrivant des aréoles.

Ces bords paraissent la trace des parois d'abcès plus petits, dont la confluence a donné lieu au grand abcès.

La paroi de l'abcès est fibro-celluleuse, épaisse de 2 millimètres et se continue avec le tissu du foie d'une façon insensible.

Second abcès irrégulier, renfermant 300 grammes environ de pus au niveau du bord droit, à sa partie inférieure.

On trouve encore dans le lobe droit, à la face inférieure, un grand nombre d'abcès plus petits dont le volume varie d'un œuf de pigeon à un œuf de poule. Ils renferment un pus jaune, leur paroi celluleuse est plus mince, plus friable.

Le lobe gauche ne renferme pas d'abcès.

La dissection de la veine porte ne fait rien voir d'anormal au niveau du tronc ou des sinus. Du côté droit, en suivant les brou-

ches, on les trouve exsanguës, et en poursuivant une branche de troisième ordre, on arrive à un abcès.

Mais il n'y a nulle part ni caillot, ni altération appréciable des parois veineuses.

Pas d'ulcération de l'intestin grêle ou du gros intestin.

Mais dans l'appendice cæcal, épingle placée la tête en bas ; noircie.

Au niveau de la pointe de l'épingle, la muqueuse présente une ulcération annulaire. Pas d'altération apparente des ramifications veineuses. L'ulcération est peu profonde.

Il y a de plus une aiguille à la partie postérieure du péritoine, un centimètre au-dessus du pancréas ; cette épingle, plantée dans le tissu cellulo-adipeux rétro-péritonéal, n'est en rapport avec aucun organe important altéré.

Pas de modification apparente des reins, des organes génitaux.

Rate 200 grammes, molle.

Poitrine. — Au sommet gauche, le poumon est plus dur, crépite mal, surnage.

Congestion et œdème manifeste. Pas de tubercules en apparence ; à droite 2 litres de sérosité rougeâtre transparente. Poumon atélectasié appliqué contre la gouttière costo-vertébrale. A sa surface, abcès métastatiques variant du volume d'un gros pois à celui de grains de chènevis avec aréole rougeâtre. Il y a aussi des traînées jaunâtres formées par les lymphatiques.

Observation XX.

Southey. — *Suppuration de l'appendice. — Thrombose de la veine porte. — Hépatite suppurée* (*Lancet*, 25 janvier 1879).

Le nommé T. C..., âgé de 27 ans, admis le 29 *octobre*, atteint d'ictère qui avait attiré l'attention de ses parents et de ses amis pendant les dernières 24 heures.

Mais il avait été alité chez lui pendant une quinzaine. Sa jaunisse était récente.

Les détails qu'il nous a donnés du commencement de sa maladie étaient confirmés par ses parents à savoir qu'il avait été pris d'une douleur aiguë soudaine à l'épigastre le 15 octobre au matin et que la douleur provoque des vomissements. Il ne pouvait rien ingérer ni ce jour ni les jours suivants. A partir de cette date jusqu'à son admission, il avait été très souffrant, fièvre, soif, anorexie, ayant par jour deux ou plusieurs garde-robes diarrhéiques.

Nous avons été assez favorisés pour voir une de ses selles qui était grisâtre et colorée par places par des pigments biliaires. Les urines étaient foncées avec des pigments biliaires. Densité 1.014. Pas d'albumine.

Il nous dit de plus qu'il n'avait pas été bien portant pendant les 18 derniers mois précédents. Son appétit avait laissé à désirer. Aucun détail n'explique ses malaises.

Etat actuel. — Peau chaude et moite. Temp. 100° Fahr. Teinte ictérique généralisée mais peu intense. Pouls plein, doux, régulier, 106. Respiration 28. Langue sale, un peu humide. Cœur normal. Pas de toux.

Abdomen normalement souple. Sensibilité extrême à l'épigastre et de région hépatique. On ne sent pas le bord antérieur du foie. Matité hépatique légèrement augmentée. Nuits mauvaises sans sommeil. La douleur dans l'hypochondre droit n'est pas lancinante mais constante. Accès de frisson régulier, durant 1/4 d'heure chaque suivis de sueurs profuses. Température variable de 99°8 Fahr. à 103°8 mais généralement à 100°4. Alimentation relativement bonne. Langue sèche et brunâtre. Selles régulières moins diarrhéiques mais toujours colorées par de la bile.

Le 5 *novembre* il se plaignit pendant 5 mois d'une douleur aiguë sous l'omoplate droite. Aucun signe physique de tumeur localisée dans la région du foie.

7. — Hoquet inquiétant. Abdomen distendu par de la flatulence. Pouls plus fréquent et plus faible de jour en jour.

Chaque jour l'urine est de plus en plus colorée de bile.

Pendant les 3 derniers jours les matières devinrent plus solides et plus blanchâtres.

Les transpirations profuses augmentent. Mort par épuisement le 11 novembre.

Autopsie. — 30 heures après la mort, collection circonscrite de pus du volume d'un œuf de poule autour de l'appendice vermiforme.

L'appendice était retourné sur lui-même et adhérent aux parois de l'abcès. Aucune perforation dans l'appendice.

De la paroi de cet abcès se détache une veine thrombosée sur une longueur de 2 pouces environ. Cette veine s'ouvrait dans une autre collection de pus, laquelle communiquait directement avec les origines de la mésentérique. La veine-porte était remplie d'un pus grumeleux jusqu'à ses divisions secondaires dans le foie.

A la section de la glande on trouva de nombreux abcès échelonnés sur les ramifications de la veine porte. Le plus volumineux occupe le lobe droit.

La rate est augmentée de volume.

Observation XXI.

Ashby. — *Abcès pyohémique du foie suite d'une ulcération de l'appendice cæcal par une épingle* (*Lancet*, 1889, 1er novembre).

Le nommé J. B. âgé de 8 ans admis le 8 *mars* 1879.

Le malade maigre, contraction musculaire, très irritable, membres contractés redressés avec force mais avec grande douleur, pas de perte de connaissance. Pas de sensibilité ni d'hypertrophie du foie ou de la rate.

12. — Temp. 103°8 dans la soirée, céphalée frontale, pas de signes physiques.

15. — Temp. matin 102°4, soir 105°. Abdomen sensible, se plaint de douleur du côté droit, langue chargée et blanche, pas d'hypertrophie du foie.

17. — Temp. matin 101°4, soir 103°6. Abdomen sensible et distendu, muscles contractés et durs, veines de la peau saillantes, pousse des cris quand on percute les dernières côtes et l'abdomen. Matité s'étend à 3 travers de doigt au-dessous de l'appendice

xyphoïde et 1 travers de doigt au-dessous des côtes à la ligne mammaire droite.

18. — Temp. matin, 101°. Soir, 102°5. Matité de la région du foie s'étend jusqu'à un pouce de l'ombilic. Tout le ventre distendu et très sensible, veines superficielles très distendues. Matité derrière la base du poumon très marquée. La malade reste dans le même état, mais devenait de plus en plus faible et émacié jusqu'à la mort le 26. Un jour ou deux avant les jambes s'étaient œdématiées, à la garde-robe plutôt diarrhée, mais pas de trop. Les évacuations couleur de bile. Le 5 novembre, il se plaignit pendant 5 minutes de douleurs très fortes au-dessous de l'omoplate droite, pas de signes physiques de tumeur dans la région du foie.

7 *novembre*. — Le hoquet se montra et l'abdomen devint tendu avec des flatulences, le pouls devint de jour en jour plus fréquent et plus faible.

Urine, pigments biliaires, cristaux de leucine.

Pendant les trois derniers jours les excréments devinrent solides et couleur d'argile, transpiration moins profuse, mais le hoquet ne le quitta pas. Il paraissait ne pas souffrir et resta insensible jusqu'à sa mort, 11 novembre.

Autopsie. — 30 heures après la mort : collection de pus circonscrite de la grosseur d'un œuf autour de l'appendice vermiforme. L'appendice retourné sur lui-même et attaché à la paroi de l'abcès, pas d'ouverture apparente sur l'appendice. De cet abcès une veine ayant une thrombose allait au mésentère sur une étendue d'au moins deux pouces de long et s'ouvrait dans une autre collection de pus qui communiquait directement avec le tronc de la veine porte. Cette dernière était remplie de pus de mauvaise apparence jusqu'à ses divisions secondaires dans le parenchyme hépatique et à la section on remarqua de nombreux abcès disséminés autour des ramifications de la veine porte. L'abcès le plus large étant au lobe droit, un autre plus petit dans le lobe de Spigel communiquait avec le premier.

Observation XXII.

Murchison. — *Ulcération de l'appendice vermiculaire. — Hépatite pyohémique* (*Leçons cliniques sur les maladies du foie*, 1878, p. 177).

Le nommé R... âgé de 15 ans fut admis à l'hôpital Middlisex le 19 octobre 1869. Il avait déjà été à l'hôpital du 30 avril au 25 mai dans le service du docteur Goodfilow pour une affection fébrile mal définie accompagnée de douleur et de sensibilité dans la région lombaire droite. Le 29 septembre entre une ou deux heures de l'après-midi il avait été pris subitement de vomissements bilieux, de douleur aiguë dans le côté droit de l'abdomen, et de fièvre. Les vomissements cessèrent au bout de 36 heures, mais les autres symptômes persistèrent jusqu'au 10 octobre. Ce jour-là il eut des frissons violents qui durèrent un quart d'heure. A partir de ce moment, il alla en empirant. Le 17 et le 18 octobre les frissons reparurent.

A son entrée, on constate de l'émaciation. Les traits sont pincés et expriment la souffrance.

Le malade se plaint souvent et indique comme le siège de son mal le côté droit de l'abdomen qui est très sensible surtout au niveau du cæcum. Pas de tumeur appréciable ; l'abdomen n'est pas du tout distendu, mais la respiration est surtout thoracique. Langue blanche, mais rouge et sèche à la pointe. Pas de selles depuis huit jours. Pouls 96, température 36°66, mais le lendemain matin 38°8. Bruits du cœur et des poumons normaux. Urine sans albumine.

Le 15 *novembre* le foie avait grossi, il était sensible ; il mesurait 6 pouces sur la ligne m. d., la température était sujette à de grandes variations (de 37°2 à 40°7), mais il n'y avait ni frissons, ni ictère, ni albuminurie, ni sueurs profuses générales, bien que pendant le sommeil la face fût couverte de grosses gouttes de transpiration. Langue la plupart du temps sèche, rouge et extraordinairement

nette ; constipation. Après la première évacuation malgré quelques lavements, il n'y eut pas de selles pendant dix jours. Le 10, on découvre des signes d'induration du tiers inférieur du poumon droit. Vers le 15, l'abdomen commença à augmenter de volume et le 24 il y avait des signes manifestes d'épanchement péritonéal, mais toujours pas de frissons d'ictère ni de retour des vomissements.

29. — La douleur qui s'était calmée devint très intense et parut venir du côté gauche de l'abdomen. Après cela l'appétit disparut, la prostration augmenta, la température baissa et fut souvent au-dessous de la normale (le 3 décembre, 31°1) et le pouls de 84 à 92. Une eschare se forma au sacrum ; le malade s'affaiblit de plus en plus et succomba le 11 décembre.

Autopsie. — Emaciation extrême. Un litre environ de liquide floconneux dans le péritoine.

Intestins très injectés et recouverts d'une couche de lymphe récente, abondante surtout sur le cæcum et sur le côlon ascendant. La muqueuse du cæcum et du côlon n'a ni ulcération ni cicatrice.

L'appendice vermiforme est plus long qu'à l'état normal ; ses deux pouces supérieurs sont perméables et sains, la moitié inférieure est épaissie, indurée, imperméable et adhérente au cæcum. On n'y trouve ni corps étranger, ni concrétion.

Les deux lobes du foie sont parsemés, de nombreux petits abcès circonscrits, quelques-uns situés à la partie postérieure du lobe droit communiquant ensemble. Les glandes de la scissure du foie sont augmentées de volume et en suppuration.

La vésicule est distendue par deux onces d'un liquide muqueux ; pas de calculs, ni d'érosion, ni de rougeur de la muqueuse, de la vésicule et des conduits. Pas d'ulcération de l'estomac ni de l'intestin. Induration granuleuse du lobe inférieur du poumon droit. Les autres organes sont sains.

Obsetvation XXIII

G. de Mussy. — *Ulcération de l'appendice cæcal. — Pyléphlébite suppurée. — Abcès du foie.* (*France médicale*, 10 mars 1875).

Un de mes meilleurs amis, le Dr H..., était sujet à des coliques et à de la diarrhée bilieuse. Ces accidents ne l'empêchaient pas de se consacrer avec ardeur à ses devoirs professionnels.

A part ces indispositions et de fréquentes céphalalgies, sa santé était bonne et il suffisait à une vie très active.

J'avais souvent remarqué chez lui une teinte subictérique des conjonctives et ses douleurs abdominales avaient pour foyer principal la région iliaque droite. Un jour cette douleur prit tout à coup une violence excessive au point de lui arracher des plaintes, malgré son énergie morale, et en même temps il fut pris d'un frisson intense et prolongé avec claquement de dents suivi d'un état fébrile très accentué.

Appelé par lui, je constatai un léger empâtement dans la région iliaque droite ; je lui prescrivis une application de sangsues sur ce point et une potion opiacée. Les douleurs se modérèrent, mais le lendemain le frisson se reproduisit avec les mêmes caractères que la veille, et il se répéta ainsi plusieurs jours de suite à des intervalles irréguliers, variant de dix-huit heures à plusieurs jours.

Quinze jours environ après le début des accidents, une douleur se fit sentir dans la région du foie ; bientôt on y constata une intumescence donnant d'abord une sensation d'empâtement, puis d'obscure fluctuation. En présence de ces phénomènes je crus pouvoir poser devant mes confrères le diagnostic suivant : une inflammation phlegmoneuse dont la cause restait pour moi indéterminée, s'était développée dans la région cæcale, le frisson en avait été le signal. Le retour opiniâtre des accès fébriles avait dû correspondre à une phlébite de la veine porte et à cette pyléphlébite avait succédé une inflammation suppurative du foie.

Quelques jours après le malade rendit avec les selles une quantité considérable de bouillie purulente ayant d'abord une couleur chocolat, puis prenant plus nettement l'aspect d'un pus épais coloré par du pigment biliaire. Cette évacuation fut suivie d'un soulagement qui nous apporta une lueur d'espérance trop tôt déçue, car les accidents continuèrent. L'émaciation fit des progrès rapides ; des symptômes de congestion pulmonaire et de dyspnée s'ajoutèrent aux troubles généraux de l'organisme et précipitèrent la terminaison fatale qui survint après quarante et quelques jours de lutte .

L'autopsie nous révéla l'existence d'une petite ulcération de l'appendice cæcal qui avait amené une perforation de cet appendice. Un petit phlegmon enkysté s'était développé autour du point perforé et de ce phlegmon partait un rameau veineux enflammé, rempli de caillots aboutissant aux origines de la mésentérique supérieure. La veine porte était le siège elle-même de lésions inflammatoires dans toute son étendue jusqu'à son immergence dans le foie. Des foyers, renfermant encore du pus analogue à celui que nous avions trouvé dans les selles creusaient le tissu de cet organe.

Observation XXIV.

Legg. — *Ulcération de l'appendice vermiforme par une épingle, abcès du foie récent et guéri* (*St-Bartholomew's hospital Reports*, 1875, vol. XI, p. 85).

Emily Etherington, 5 ans, admise le 30 septembre 1874.

La mère raconte que l'enfant avait eu la bronchite à 3 mois, elle était malade pendant une semaine. Entre 12 et 15 mois elle eut soit de la bronchite ou autre maladie, car la mère dit que l'enfant était inconsciente pendant une semaine. L'année suivante elle a eu la rougeole et peu après la scarlatine, puis un abcès à l'aine droite qu'on ne remarque qu'à l'âge de 18 mois. Cela parut d'abord comme une contusion. Il n'y avait pas de cause apparente. On l'a traité par des cataplasmes. Arrivé à la grosseur d'une prune il creva et guérit aussitôt. Pendant quelque temps l'enfant parut en bonne santé mais bientôt elle commença à dépérir et à diminuer.

La mère crut que c'était de la coqueluche. Il y avait toux et expectoration abondante de pus et de sang. L'enfant continua à dépérir et la mère remarqua une grosseur dans le ventre entre l'ombilic et le creux épigastrique. La grosseur d'abord petite augmenta de volume assez vite et le 30 juin dernier l'enfant fut admise en salle aux soins de M. Holden. Là on ouvrit l'abcès et une grande quantité de pus en sortit. L'enfant resta à l'hôpital pendant douze semaines et l'incision du ventre étant guérie, elle retourna chez elle. Elle resta chez elle pendant neuf jours mais son état empirant, elle retourna à l'hôpital le 21 septembre et fut transférée à la salle Ste-Elisabeth le 30 septembre.

On dit qu'elle s'est plaint de douleurs dans le ventre depuis mai dernier. Depuis le 26 septembre, elle vomissait et avait de la constipation.

Le 2 *octobre* on remarque que l'enfant est très émaciée et anémique. Elle repose avec les jambes repliées. Pouls : 136, petit, faible. Respiration : 26. Les garde-robes diarrhéiques. 2 selles par jour depuis l'admission. Cœur : normal. Veines sur la poitrine très distinctes. Ventre très enflé et distendu. Tympanisme en avant, matité sur les côtés. Se plaint de douleurs dans le ventre.

Elle mourut le 4 octobre.

Autopsie, 32 heures après la mort. — Ventre enflé. Cicatrice d'environ 1 pouce de longueur à travers la ligne médiane et à 3 pouces au-dessus de l'ombilic.

Les amis s'opposèrent à l'ouverture du crâne.

Un liquide trouble s'échappe du péritoine. Il existe aussi un exsudat épais et en grande quantité. Les intestins sont tassés en avant de la colonne vertébrale.

En soulevant les cartilages costaux du côté droit un petit abcès du volume d'une noix est ouvert au niveau du 7e cartilage. Il paraît être entre le diaphragme et le cartilage.

La plèvre droite est adhérente au diaphragme par d'anciennes adhérences. La gauche aussi adhère au diaphragme à un endroit près du péricarde dans un espace de 2 francs. En disséquant ces adhérences on ouvre un petit abcès qui communiquait avec un au-

tre sous le diaphragme. Deux onces de liquide environ dans chaque plèvre. Presque tout le péricarde est adhérent par d'anciennes adhérences. Cœur : normal. Poumon : normal.

A mesure qu'on retire les intestins, on ouvre plusieurs collections de pus circonscrites. Il existe une large collection de pus sous le diaphragme à gauche. Le côté supérieur et externe étant le diaphragme, l'interne la rate et l'estomac et l'inférieur le côlon. Là où le diaphragme adhère au poumon gauche il y a 4 ou 5 petits abcès de la grosseur d'un pois dans la substance musculaire.

La rate est plutôt hypertrophiée. Les corps de Malpighi ne sont pas proéminents, mais les trabécules sont plutôt distinctes.

La surface supérieure du foie adhère par d'anciennes adhérences au diaphragme, quelques-unes près des bords sont récentes. Sur la face supérieure du lobe droit se trouve une enflure de la grosseur d'une noisette, coupée, elle correspond à une formation nouvelle de tissus connectifs 1/4 de pouce de large qui a attiré près de lui une grosse veine hépatique. A part cela le tissu du foie paraît sain. Les adhérences entre le lobe gauche et le diaphragme sont fermes ; près du ligament suspenseur à la partie postérieure du foie existe une proéminence fluctuante. Du reste une grande quantité de pus louable en sort et on voit que la cavité est de la grosseur d'une petite pomme. Autour de ce vaste abcès, il en existe sur le lobe gauche plusieurs plus petits apparemment sur le point de crever et de former un seul. Il y a aussi plusieurs points jaunâtres solides, sauf le centre de quelques-uns qui sont purulents ; circonscrits distinctement et paraissant correspondre aux acini.

La veine porte et ses grandes branches sont libres de caillots, mais une grande branche de la veine hépatique sur le lobe gauche qui passe près de l'abcès est rempli d'un caillot jusqu'à environ 3 pouces de son ouverture dans la veine cave inférieure. Le caillot est adhérent et décoloré. Les veines de la substance hépatique au delà sont libres. Dans le lobe droit on trouve les traces d'un abcès récemment cicatrisé. Ce tissu cicatriciel se présente sous l'aspect de plaques jaunes sclérosées. L'examen microscopique montre qu'il est constitué par du tissu conjonctif très vasculaire au milieu duquel

on trouve de nombreux éléments lymphatiques. Sur les limites de la cicatrice le tissu conjonctif englobe des restes d'acini plus ou moins distincts.

Les reins présentent un léger œdème.

L'estomac est sain. Au moment où on coupait les intestins on ouvrit à travers l'appendice vermiforme qui adhérait au cæcum en même temps que ce dernier. Alors on remarqua une épingle noire, rouillée à la tête et au tiers supérieur. En disséquant l'appendice un trou rond de la grosseur d'un petit pois avec des bords noirs s'ouvre dans le péritoine sortant de l'appendice tout près du cæcum.

Observation XXV.

Bernheim. — *Pyléphlébite suppurée consécutive à la suppuration du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal* (*Revue médicale de l'Est*, 1874, p. 33).

Hiss (Charles), journalier, âgé de 20 ans, a quitté Strasbourg, fin octobre 1872, pour se soustraire au service militaire prussien. Venu à Nancy, il fut expédié le même soir à Vesoul, mangea mal et irrégulièrement, revint après deux jours à Nancy, s'installa avec sa mère et deux sœurs à Malzéville, près de Nancy, dans de mauvaises conditions. La maladie se déclara vers le 10 octobre. D'une bonne constitution, il n'avait jamais été malade auparavant ; depuis un an seulement, dit-il, il avait de temps en temps quelques douleurs vagues, abdominales sans diarrhée, sans constipation, il les traitait avec succès avec du café noir.

La maladie actuelle débuta ainsi : il attendit longtemps à la gare de Nancy, eut froid, but deux chopes de bière, rentra à Malzéville, mangea de la salade et des pommes de terre, se coucha et à peine couché vomit ses aliments. Toute la nuit, il eut des douleurs abdominales vives et des symptômes d'indigestion sans fièvre. Le lendemain, il put se lever, mais le soir survint un frisson violent suivi de chaleur et de sueur, les douleurs abdominales très vives ;

les selles restaient régulières. La fièvre persista, il eut de plus des vomissements aqueux ; il se traîna le lendemain chez le médecin, qui prescrivit une potion pour arrêter les vomissements.

Depuis il resta couché ; les douleurs abdominales diffuses, surtout sous-ombilicales durèrent violentes pendant 4 ou 5 jours, puis disparurent complètement, les vomissements toujours glaireux continuèrent.

En même temps, 5 ou 6 jours après le début des frissons survinrent suivis de chaleur, irrégulièrement quelquefois deux fois par jour. Il prit 4 pilules de quinine. Les frissons disparurent 1 ou 2 jours, mais la chaleur restait continue ; les frissons eux-mêmes reparurent après la première prise de quinine ; il prit encore 6 pilules. Depuis lors, l'état fébrile resta plus ou moins accentué, sans frisson.

Les douleurs abdominales avaient disparu ; mais vers le 10 novembre, il ressentit une nouvelle douleur intense et bien circonscrite à la région épigastrique et hépatique ; elle fut traitée par une application de sangsues et cessa après 2 jours.

Le 20 novembre, il remarqua, pour la première fois que son ventre était gros et se décida à entrer à l'hôpital le 24 novembre, dans le service de M. Hertz suppléé par M. Bernheim.

État actuel. — 25 novembre au matin. Facies amaigri, yeux excavés, teinte jaune mate, subictérique et terreuse de la face et du corps. T. 37°, pouls 80.

Abdomen saillant tendu à peau lisse non douloureuse, sonore à l'épigastre, mat à l'hypogastre et aux flancs, fluctuant dans cette région.

La matité du foie commençant à la sixième côte ne paraît pas dépasser le rebord costal. Pas de développement anormal des veines entourées de l'abdomen. Peu d'appétit, légère diarrhée, selles colorées, urines rouges concentrées, riches en urates ; non albumineuses contenant des traces de biliverdine. Respiration régulière, pas de toux ni d'expectoration ; matité au tiers inférieur et postérieur droit avec respiration obscure, matité précordiale normale, choc et bruit du cœur normaux. Soir, T. 39°8, pouls 120,

petit, dépressible. Je diagnostique un abcès du foie ; le teint terreux, le léger ictère confirmé par l'examen des urines, les frissons irréguliers et l'existence d'une douleur antérieure intense dans cette région me font incliner vers cette opinion.

Le 26 au matin, mêmes symptômes, apyrexie le matin. Le soir P. 80, T. 37°5.

Alimentation lactée, 3 pilules de protoiodure de mercure de 0 gr. 02, vésicatoire sur le flanc droit.

Le 27 au matin, P. 98, petit, concentré, T. 37°2.

Urines concentrées, d'aspect fébrile. Anorexie, même état général. Soir, P. 112, T. 38°2.

Le 28 au matin, P. 104, T. 37°8.

La nuit a été bonne, le malade a un peu d'appétit, selles régulières. Respiration courte, saccadée. La matité thoracique occupe toujours le tiers inférieur et postérieur droit. L'ascite a un peu augmenté (même traitement).

Soir, P. 102, T. 38°2.

Le 29, P. 120, T. 37°4. La face est terreuse, mais la teinte ictérique a disparu. Le ventre est plus tendu ; l'ascite a augmenté. La matité remonte à droite jusque vers l'angle de l'omoplate, à gauche, deux travers de doigt moins haut, souffle et égophonie des deux côtés. Pas de toux, ni d'expectoration. Pas de salivation ; 300 grammes d'urine en 24 heures, épaissie, couleur rouge orangé sans réaction bilieuse.

Soir, P. 124 ; T. 37°8.

Le 30, matin, P. 120 ; T. 37°1. Ventre très tendu, épanchement des plèvres persistant au même niveau. Urine 350 grammes.

Soir, P. 124 ; T. 37°6. Dans la soirée excès de dyspnée, sueurs froides, pâleur, cyanose, asphyxie imminente.

1er *décembre*. — Matin, P. 129 ; T. 37°5.

On constate que la matité précordiale est augmentée à la pointe du cœur, la main sent un léger frémissement, bruits du cœur sourds et lointains.

Soir, P. 100 ; T. 37°8.

Le 2. — Matin, P. 116; T. 37°4; respiration 30. Intelligence nette, mêmes symptômes physiques.

Soir, P. 120 ; T. 39 ; respiration 32.

Le 3. — Matin, P. 86; T. 37°8; respiration 35, trachéale depuis la nuit, face cyanosée, lèvres bleues. Ponction à 10 heures du matin de la plèvre droite avec l'aspirateur Dieulafoy et extraction d'un litre de liquide clair, séreux, citrin.

Le soir à 3 heures, la cyanose étant considérable et l'asphyxie imminente, je fais une nouvelle ponction au côté gauche ; elle ne donne qu'une trentaine de gouttes de sang; puis je fais une nouvelle ponction à droite, il s'écoule encore un demi-litre de liquide citrin.

Mais l'asphyxie continue, le malade est assis dans un fauteuil, la face blême, couverte de sueurs froides; la respiration est trachéale, il avale encore du café.

A 5 heures du soir, température hypo-normale 35°4 ; le pouls ne peut plus être perçu.

Mort à 10 heures du soir.

Autopsie. — Faite 36 heures après la mort.

Œdème des organes génitaux externes. Œdème léger des membres inférieurs.

A l'ouverture de l'abdomen on constate dans le péritoine un litre de sérosité claire, citrine, le péritoine pariétal et viscéral est lisse, non injecté.

Le foie est volumineux ; son diamètre antéro-postérieur mesure 21 centimètres. Arborisations veineuses notables de sa face convexe, la face inférieure offre en avant du sillon transversal une teinte brunâtre ardoisée, en arrière coloration rouge avec vergetures violacées et plaques blanc jaunâtre correspondant à la coupe et un tissu gras, flasque, anémié, de plus des nodosités jaunâtres, nombreuses, font saillie, ce sont des abcès contenant un pus crémeux, grisâtre, la moitié postérieure du lobe gauche est infiltrée d'une série de foyers purulents dont quelques-uns ont un demi à un centimètre de diamètre, ces foyers deviennent confluents par place et acquièrent alors le volume d'une grosse noix.

Au niveau du sillon transverse est un foyer de la dimension d'une grosse noix, dont les parois sont constituées par le tissu du foie et par celui de la tête du pancréas ; son corps et sa queue ne contiennent pas de pus, mais par la pression de l'embouchure du canal de Wirsung dans le duodénum, on fait sourdre du pus.

Le vésicule biliaire renferme un peu de pus aqueux, les canaux cystique et cholédoque sont perméables, leur muqueuse n'est pas altérée. Le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie renferme un thrombus ancien ayant 3 centimètres de longeur, blanc, fibrineux ; après l'avoir extrait de la veine, il reste des coagulations fibrineuses, déchiquetées, adhérentes à sa paroi interne, flottant dans la lumière de la veine. De plus celle-ci est remplie de pus à ce niveau, elle n'est pas épaissie, sa tunique interne est ramollie, pulpeuse, gris sale et infiltrée de pus ; tout le tronc de la veine porte offre cet aspect, ses deux bronches de bifurcation et tous les rameaux qui en naissent sont remplis de pus et offrent une face interne pulpeuse et grisâtre ; en suivant les rameaux de la veine porte, on arrive aux abcès dont le foie est infiltré.

La veine splénique est saine et perméable. La veine cave derrière le foie jusqu'au cœur est saine, elle contient un long caillot de 10 centimètres, dont 3 centimètres à la partie inférieure sont décolorés et de date plus récente.

Les veines sus-hépatiques qui se jettent dans la veine cave, incisées offrent un aspect normal et ne contiennent pas de pus. Au microscope le trombus de la veine porte se montre constitué à sa surface par de la fibrine fibrillaire contenant dans ses mailles un très grand nombre de leucocytes ; dans l'intérieur du thrombus la fibrine a subi la transformation granulo-graisseuse.

La membrane interne du tronc et des bronches de la veine porte, dissociées sous le microscope, montre une abondance de globules purulents. La rate est rouge, ferme, un peu hyperémiée, mesurant 17 centimètres de diamètre vertical, 11 centimètres de diamètre antéro-postérieur ; il n'y a pas d'abcès ni d'infarctus.

Au niveau de l'insertion de l'appendice iléo-cæcal au cæcum entre l'appendicité et le méso-cæcum est un foyer rempli de pus

du volume d'une grosse noix, bien circonscrit par le tissu cellulaire autour de l'appendice ; le fascia iliaca et le psoas ne sont pas altérés, l'appendice est épaissi, rouge, injecté, adhérent au tissu cellulaire, sa cavité est remplie de pus, mais sa muqueuse n'est pas ulcérée, on n'y trouve pas de corps étrangers, pas de trace de perforation, la paroi est toute entière infiltrée de pus.

Le cæcum a son apparence normale, l'intestin grêle et le gros intestin ne sont pas altérés, pas d'ulcération ni trace de cicatrice. Mésentère non injecté. Quelques nodules crétifiés dans son tissu, ganglions mésentériques non gonflés. Reins très congestionnés surtout dans leur substance médullaire, sans altération notable du parenchyme.

Le thorax contient 4 litres de sérosité claire, citrine dans la plèvre droite, 1/2 litre dans la plèvre gauche.

Cœur dilaté en gibecière, dilatation du cœur droit; orifices et valvules non altérés ; muscle cardiaque sain.

Observation XXVI (résumée).

Payne. — *Abcès du foie consécutif à une lésion traumatique de l'appendice vermiforme* (*Transact. of the Path. Soc. of London*, 1871, t. XXI, p. 231).

L'observation se rapporte surtout à l'autopsie. On trouva dans l'appendice vermiforme une épingle entourée d'une concrétion. Les parois de l'appendice étaient épaissies surtout au niveau de son enveloppe séreuse ; mais elles n'étaient pas injectées et ne présentaient aucun signe d'inflammation aiguë. Intestins normaux. Le foie contenait un gros abcès et deux ou trois autres petits qui s'ouvraient dans celui-ci. On ne trouva aucune relation entre ces abcès et les divers systèmes vasculaires du foie. Le lobe supérieur du poumon gauche renfermait un petit abcès.

L'auteur recherchant le siège primitif de cette suppuration fait remarquer qu'il fût impossible de trouver les connexions du foyer avec les bronches de la veine porte, il considère cependant comme

probable que ces abcès étaient dus à l'inflammation de la veine-porte, vu la fréquence de ce mode de développement.

Observation XXVII.

Traube. — *Perforation de l'appendice.— Pyléphlébite. — Abcès du foie. — Fièvre à caractère intermittent régulier* (*la double tierce*) (*Deutsche Klinik*, 1859, p. 505).

Le nommé K..., menuisier, âgé de 25 ans, souffrait depuis le mois de mai 1859 d'une bronchite légère.

24 *mai*. — Il ressentit tout à coup une violente douleur dans le bas-ventre. Ces douleurs qui étaient diffuses au début dans toute la partie inférieure de l'abdomen, se localisèrent le 26 dans la fosse iliaque droite.

Le mouvement ou la plus légère pression réveillaient ces douleurs et les rendaient intenses. Elles étaient continuelles sans aucune rémittence.

Le malade qui avait au début des selles diarrhéïques commença à devenir constipé.

25. — Vomissements. Ce même jour, violent frisson qui se renouvela dans la nuit du 26 au 27. Appétit diminué. Soif toujours plus vive.

A l'entrée température 28°, pouls 84, peau sèche, langue chargée. L'abdomen était souple. La région iliaque droite, sensible à la pression, le reste de l'abdomen ne présentait rien d'anormal. Les douleurs légères au repos s'accentuent beaucoup à chaque mouvement.

Il existe un certain degré de matité dans la région iliaque droite. Depuis 3 jours pas de selles.

Les douleurs de la région iliaque disparaissent un peu dans les jours qui suivent. La constipation disparaît.

29. — L'on constate entre la paroi abdominale dans la région iliaque droite entre l'éminence iléo-pectinée et l'épine iliaque A.S. une tuméfaction arrondie très sensible qui dépasse le ligament de

Poupart d'environ 2 cent. 1/2. Sa consistance est celle d'un muscle moyennement contracté.

L'urine est rouge.

Le soir de ce même jour frisson intense d'une 1/2 heure de durée suivi de sueurs abondantes et accompagné d'une douleur brûlante dans la partie inférieure de l'abdomen.

30. — L'état général est plutôt satisfaisant. A la pression il n'y a qu'une petite place du bas-ventre qui soit sensible. La tumeur a beaucoup diminué.

Coloration ictérique légère des conjonctives et de la peau. L'urine est d'une couleur rouge-brun sombre et peu abondante.

Cet ictère augmente les jours suivants ; l'urine contient d'une façon évidente des pigments biliaires.

Les selles sont gris-jaunâtre. Elles sont précédées d'une sensation douloureuse dans l'abdomen.

Dans la nuit du 3 au 4 *juin*, frisson d'une 1/2 heure avec élévation de température consécutive.

4. — Agitation, tension abdominale, la tuméfaction n'est pas douloureuse.

L'après-midi nouveau frisson suivi de chaleur et de sueur.

Dans la nuit du 4 au 5, deux frissons avec sueurs et fièvre consécutive.

5. — Dans l'après-midi nouveau frisson et immédiatement après 40,2.

L'abdomen est très tendu, indolent. On ne sent plus rien de la tuméfaction. La langue est à peine saburrale.

6. — A 3 heures du matin frisson d'une 1/2 heure, sueurs et fièvre consécutive. A 8 heures du matin la malade se trouve bien, la langue est peu chargée, l'abdomen est tendu, la tuméfaction est de moins en moins sensible. Les manifestations ictériques sont réduites à un minimum. L'urine est plus claire, elle contient encore un peu de bile.

A 3 heures de l'après-midi, frisson intense qui dure 1 heure. Jusqu'à 6 heures il existe une fièvre continuelle. Grand sentiment de faiblesse.

Dans la nuit du 6 au 7 pas de frisson. La tuméfaction peut être encore sentie dans la fosse iliaque, mais elle est complètement indolente. L'appétit est meilleur.

Le soir à 10 heures frisson avec sueur et fièvre qui persiste jusqu'au lendemain à 8 heures.

La percussion donne à la place de la matité précédente un son clair tympanique assez haut.

La région est cependant un peu moins sonore qu'à gauche.

10. — Léger collapsus. L'ictère devient plus accentué.

11. — L'abdomen est indolent : on ne sent plus la tuméfaction.

12. — Persiste une sueur abondante mais l'affection abdominale ne présente plus de signes objectifs. Toute douleur à la pression a disparu.

14. — Augmentation de la teinte ictérique de la peau et des conjonctives. La matité hépatique ne dépasse pas le rebord costal et s'étend en haut jusqu'à la 5e côte.

15. — Sueurs profuses, faiblesse de plus en plus grande, somnolence, parole lente.

Le soir léger frisson.

16. — Le collapsus augmente. Les joues sont fortement rosées.

17. — Forte tension abdominale. Après le repas se déclare une sensation très douloureuse sous l'appendice xyphoïde.

L'après-midi léger frisson qui dure 1 heure.

18. — Nouveau frisson. L'ictère augmente, le collapsus s'accentue.

19. — Le pouls devient irrégulier, la matité hépatique dépasse le rebord costal près du sternum de 1 centimètre, sur la ligne maxillaire elle dépasse 6 centimètres. La ligne supérieure correspond au bord supérieur de la 5e côte.

La matité splénique est également très étendue.

20 et 21. — Selles nombreuses.

22. — Frissons. Selles aqueuses, verdâtres. Collapsus. La sueur contient du pigment biliaire. Le soir à 9 heures, douleur gravative dans l'abdomen qui augmente beaucoup dans la nuit du 22 au 23. La respiration devient difficile.

23. — Tension abdominale très forte, selles aqueuses grises. Matité hépatique énorme. Le soir collapsus excessif, vomissements.

24. — Le pouls n'est plus sensible, le malade perd connaissance. Il meurt à midi.

Autopsie. — Le foie est revêtu d'un exsudat fibrineux. La veine porte isolée avec ses branches principales est aplatie, contient peu de sang. Elle présente un amas aplati, brunâtre d'à peu près 1 cent. 1/2 qui adhère fortement à sa paroi et qui forme le prolongement d'une thrombose qui lui bouche complètement la lumière de l'iléo-colique au niveau de son embouchure dans la mésentérique.

La veine porte contient des caillots blanchâtres. De la partie supérieure de la veine porte, on peut faire sourdre par une pression légère un liquide purulent qui s'écoule dans les deux rameaux hépatiques. Suit-on la ramification gauche de la veine porte, on tombe sur un liquide purulent qui se trouve en pleine lumière du vaisseau.

Cette masse puriforme est complètement entourée par un caillot fibrineux, fin, qui adhère fortement à la paroi vasculaire.

La branche droite de la veine porte se comporte comme la gauche. Sa paroi interne est recouverte d'un caillot fibrineux semblable.

Lorsqu'on enlève ces caillots on voit que la paroi elle-même est d'une couleur gris-sale, sombre, rougeâtre et qu'elle présente deux abcès arrondis avec des contours très nets.

Le parenchyme hépatique est fortement ictérique, trouble. Les lobules sont bien différenciés et augmentés de volume.

La coupe du lobe droit montre un nombre moyen de productions remplies d'un pus jaunâtre très épais dont la grosseur varie d'un grain de chenevis à un pois.

Lorsqu'on les examine de plus près, on voit qu'ils représentent des vaisseaux coupés. Un petit nombre d'entre eux présente sous un courant d'eau un aspect caverneux, c'est-à-dire une série de mailles fournies par des restes de tissu hépatique qui flotte.

Le lobe gauche ne contient que peu de foyers purulents.

Les rameaux de la branche porte droite contiennent presque tous du pus très épais qu'on peut faire sourdre sous forme de gouttelettes.

Lorsqu'on presse les petits canaux qui en dérivent, la surface interne de tous ces vaisseaux a par places perdu son éclat. Le liquide purulent qu'ils contiennent est formé de corpuscules purulents qui contiennent un, deux, trois noyaux et un grand nombre de gouttelettes graisseuses.

Le canal cholédoque est perméable dans toute son étendue. Sa surface interne est colorée en vert.

La partie externe de l'appendice vermiforme est ulcérée sur une étendue de 1/4 de centimètre.

Tout autour du cæcum se trouve dans un espace limité du liquide purulent mêlé de bulles d'air et de grumeaux blanchâtres.

Le tissu cellulaire sous-jacent est infiltré.

Tout près de la partie de l'appendice qui débouche dans le cæcum se trouve une paire de petites ouvertures très étroites qui conduisent dans le tissu cellulaire environnant infiltré.

Observation XXVIII.

Buhl. — *Perforation de l'appendice. — Pyléphlébite suppurée. — Abcès du foie* (*Zeitschrift für rationnelle Medicin*, 1854, p. 348).

Le nommé Pf..., âgé de 19 ans, entre le 11 octobre, après avoir fait des excès de bière ressent subitement des douleurs dans l'abdomen. Bientôt après survient un frisson, puis de la chaleur, sueur, élévation de la température, nausées et plus tard de la diarrhée.

Tous ces symptômes persistent au milieu des signes fébriles ordinaires, maux de tête, soif, vertiges, inappétence. Quant aux douleurs, elles disparaissent.

16 *octobre.* — Vomissements.

17. — Deux grands frissons.

18. — Vomissements d'un liquide verdâtre, sueurs, pas de douleurs.

20. — Tremblement, coloration jaune de la peau.

21. — Douleurs dans la région du lobe gauche du foie qui est hypertrophié inégalement.

25. — L'ictère augmente, la peau devient sèche, chaude, la soif vive.

26. — Deux frissons. Les trois jours qui suivent, cinq frissons. Sueurs profuses, consécutives, nausées, faiblesse croissante. Le foie devient de plus en plus gros ; il atteint en haut presque la hauteur du mamelon.

La quantité d'urine diminue ; elle ne contient pendant toute la durée de la maladie que très peu de pigments biliaires.

Les matières fécales sont au contraire colorées par la bile et contiennent une grande quantité de matière colorante jaune orange.

Le 2 *novembre* la douleur hépatique a disparu, les sueurs persistent.

Le coma survient, puis le malade a des accès de délire, de la somnolence, quelquefois des vomissements ; les extrémités deviennent froides et il succombe le 5 novembre.

Autopsie. — Coloration jaune de la peau.

Le foie est doublé de volume ; la surface convexe du lobe gauche et du lobe droit adhère à la paroi abdominale antérieure par un exsudat fibrineux de date récente.

On remarque sur le lobe gauche et un peu moins sur le lobe droit, de petits amas fluctuants, plus ou moins gros, atteignant quelquefois la grosseur d'une noisette ou d'un œuf de poule, colorés en jaune à leur centre.

Sur la coupe ces productions apparaissent comme des foyers purulents.

Lorsqu'on coupe plus profondément le parenchyme hépatique, on voit apparaître un grand nombre de semblables foyers qui sont arrondis et remplis de pus épais jaune clair.

Ces foyers sont entourés par une zone sombre, rouge verdâtre, et le tissu hépatique qui les sépare est coloré en jaune par de la bile.

Ce n'est que très loin de ces foyers que la couleur normale jaune brun du foie réapparaît.

La surface concave du foie elle aussi, de même que la vésicule biliaire adhère aux régions intestinales voisines.

La capsule de Glisson est épaissie et contient de petits amas purulents.

L'appendice vermiforme est hypertrophié, épaissi, rouge noir, rempli de pus.

Le cul-de-sac est perforé et cette ouverture grosse comme une lentille causée par un amas de scybales conduit dans un abcès de la grosseur d'une noisette qui est limité par des adhérences péritonéales.

De là part un trajet fistuleux et sinueux entre les deux feuillets du mésentère qui se continue du côté de la veine porte.

La veine mésentérique avoisinante est remplie par un thrombus en ficelle qui s'étend depuis ses origines cæcales jusqu'à la veine porte.

La paroi interne de ces vaisseaux est plus ou moins décolorée, jaune-verdâtre, infiltrée. Elle se laisse enlever avec la plus grande facilité.

Les ramifications de la veine porte dans le foie contiennent du pus et des coagula. Comme on peut s'en convaincre facilement les petits foyers purulents qu'on retrouve dans le foie correspondent à la coupe de ces bronches. Les plaques sont au contraire de véritables abcès parenchymateux.

Dans les cellules hépatiques avoisinantes on voit des granulations très fines et des granulations biliaires, des noyaux libres et des corpuscules purulents.

Dans le caillot de la veine porte se trouvent de gros noyaux colorés en rouge (hématine).

Observation XXIX (résumée).

Hillairet. — *Phlébite suppurée de la veine porte : inflammation du cæcum et de l'appendice, péritonite purulente* (*Union médicale*, 1849, p. 258).

14 *septembre* 1845. — D..., âgé de 24 ans, est entré à la Charité, malade depuis huit jours.

Huit jours avant l'entrée, il fut pris de frissons avec tremblement suivis de chaleur et de sueur, sentiment de faiblesse générale ; douleur dans la région épigastrique. Le frisson, la chaleur et la sueur se répétèrent les jours suivants à des heures différentes et quelquefois plusieurs fois dans la même journée. Affaiblissement considérable, céphalalgie frontale, étourdissements, envies de dormir suivies de deux ou trois vomissements verdâtres.

Etat actuel. — Visage grippé. Quelques nausées sans vomissements. Pesanteur douloureuse à la région épigastrique. Couleur normale de la peau. Pas d'éruption typhoïde; haleine fétide, langue couverte d'un enduit saburral épais, un peu rouge à la pointe. Soif intense, ventre souple à la pression.

Le foie dont la région n'est pas douloureuse est augmenté de volume dans son diamètre vertical et remonte jusqu'au mamelon droit. Intelligence bien conservée.

15. — Persistance de la douleur et de la pesanteur épigastriques avec vomissements d'une matière de couleur verdâtre très liquide. Céphalalgie, pouls 120, ventre généralement douloureux, constipation persistante.

Il y a encore pendant la nuit quelques frissons irréguliers suivis de chaleur.

17. — Le malade est plus abattu, la face, les conjonctives, la face supérieure de la langue et toute la peau présentent une coloration jaune citrique. Douleur très vive et tension de la région épigastrique. Constipation, soif ardente, pas d'éruption, pas d'épistaxis.

Persistance de la céphalalgie, intelligence nette, pouls 120, non redoublé, régulier. Retour des accès de frissons irréguliers.

18. — Le malade est soulagé par des ventouses scarifiées sur la région hépatique ; pas de vomissements ; persistance de l'abattement et du découragement, amaigrissement plus marqué, teinte ictérique persiste. Constipation, pouls 112.

19. — Même état ; l'engorgement du foie paraît un peu diminué. Persistance de la douleur épigastrique.

Après la visite, le malade est pris de fortes coliques très intenses dans l'hypochondre droit et principalement dans la région du cæcum avec sentiment de torsion et de déchirement des intestins. Pouls à 104.

20. — Malade moins abattu, douleurs moins violentes ; cependant le ventre est très douloureux au toucher, rendu surtout à droite et dans la région iléo-cæcale. Les mouvements respiratoires occasionnent aussi de la douleur dans la région hépatique. Teinte ictérique de plus en plus marquée. Pouls à 88. Ballonement du ventre.

21. — Pouls 112. Pigments biliaires dans les urines. Même douleur dans la région épigastrique.

22. — Teinte ictérique persiste, tremblements pendant la nuit, pas de frissons.

22. — Pouls 96 ; ventre n'est pas douloureux ; peau chaude, dont la teinte jaune est de plus en plus foncée.

24. — Pouls 136, petit, incertain. Le malade est pris, en sortant d'un bain, de vomissements avec douleurs très fortes dans tout l'abdomen ; facies grippé, exprimant la douleur. Teinte ictérique de plus en plus prononcée, vomissements, abdomen très douloureux, pas de hoquet, un peu de moiteur.

Les vomissements se sont arrêtés après la visite mais les douleurs sont devenues intolérables, intelligence nette jusqu'au dernier moment.

Mort à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — 43 heures après la mort.

Teinte ictérique de la peau est encore très marquée.

Cavité abdominale. — En ouvrant l'abdomen, on est frappé d'abord de la dilatation considérable de l'intestin grêle et de l'estomac, qui contraste avec le calibre rétréci du gros intestin. On voit dans le flanc droit et dans le bassin, les intestins réunis par de nombreuses adhérences, former une masse confuse et presque inextricable, dont le cæcum constitue le centre. La surface péritonéale est d'un rouge très vif dans certains points ; des fausses membranes floconneuses, épaisses, adhèrent aux anses intestinales, ou nagent dans un liquide purulent qui remplit le petit bassin ; le grand épiploon et le mésentère considérablement épaissis sont infiltrés de pus. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est induré et enflammé.

Des adhérences peu solides mais nombreuses étranglent l'intestin. Au-dessous du cæcum, autour de cette partie du tube digestif, il existe une induration phlegmoneuse et une infiltration purulente. L'appendice iléo-cæcal est confondu dans cette masse enflammée et en partie ulcéré et détruit.

A l'intérieur de cet appendice on ne découvre pourtant pas nettement de point perforé, toutes les parties sont altérées et confondues les unes avec les autres. Dans la cavité du cæcum sont amassées une grande quantité de matières fécales. On n'y trouve pas de corps étrangers. Au-dessus de ce point, l'intestin grêle est dilaté par des gaz ; et au-dessous, le gros intestin est vide et revenu sur lui-même.

Les ganglions mésentériques disséminés au milieu du tissu cellulaire enflammé sont ramollis et suppurés. On ne peut retrouver les veines mésaraïques. La veine cave est vide de sang ainsi que les artères iliaques.

Le foie, dont le volume est notablement augmenté, offre une coloration jaunâtre, générale, avec teinte ardoisée dans certains points. C'est dans la veine porte que l'on trouve la principale lésion. La bronche gauche de ce vaisseau est oblitérée dès sa naissance, par un caillot ramolli, suppuré, non adhérent ; à partir de là, toutes les divisions de cette veine sont remplies de pus jusque dans l'intérieur du foie. On voit alors, en effet, sous l'influence

d'une légère pression, des gouttelettes de pus sourdre de chaque orifice béant de la veine porte. Autour de ces orifices veineux, le tissu hépatique est légèrement ramolli. Il présente une teinte ardoisée. Il n'existe, du reste, aucune trace d'injection, ni d'infiltration sanguine. On ne trouve non plus nulle part de pus collecté en abcès. La vésicule biliaire est fortement distendue ; sa surface interne est uniformément grisâtre comme chagrinée. Rien de notable dans les autres organes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard. — Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires (communication à la *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 novembre 1894). Obs. I.

Ashby.— Abcès pyohémique du foie suite d'une ulcération de l'appendice cœcal par une épingle. *Lancet*, 1879, 1er novembre. Obs. XXI.

Aufrecht. — *Berliner klinik Wochenschrift*, 1869, p. 308.

Bernhard. — *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XXV, fasc. 4, 1886, Obs. XIII.

Bernheim. — Pyléphlébite suppurée consécutive à la suppuration du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal. *Revue méd. de l'Est*, 1874. p. 33. Obs. XXV.

Buhl. — Perforation de l'appendice. Pyléphlébite suppurée. Abcès du foie. *Zeitschrift für rationnell medicin*, 1854, p. 348. Obs. XXVIII.

Cazalis. — *Progrès méd.*, 1875, p. 153.

Chauffard. — Pyléphlébite suppurée de cause inconnue. *Bull. soc. anat.*, 1879, p. 587.

— Etiologie générale des cirrhoses. *Bull. méd.*, 10 février 1889.

Church. — Ulcération de l'appendice causée par une épingle. Hépatite suppurée. *Boston med. journ.*, 1883, CIX, p. 269. Obs. XVII.

Despaigne. — Pyléphlébite suppurative. *Bull. Soc. anat.*, 1886, 28 mai.

De Gennes. — Pérityphlite gangréneuse. Abcès du foie. *Bull. Soc. anat.*, 1883. Obs. XVI.

Einhorn. — Statistique des pyléphlébites consécutives à la perforation de l'appendice. *Munschener med. Wochenschrift*, 1891, 20 février, p. 140.

Eskridge. — *Trans of the pathological soc.* ,Philadelphie, 1881-1883, vol. XI, p. 36.

Feltz. — Appendicite compliquée d'abcès aréolaires du foie (communication à la *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 avril 1895). Obs. II.

Fraenkel. — *Berlin. klin. Wochensc.*, 2 novembre 1891.

Gastou. — *Foie infectieux*. Th. Paris, 1893.

Gendron. — *Perforation de l'appendice vermiforme, abcès péricæcal. Pyléphlébite suppurative.* Th. Paris, 1883. Obs. XVIII.
Gordon. — *Dublin quart journal*, 1854, p. 345.
Grisey. — *De la cirrhose chez les enfants.* Th. Paris, 1878.
Hébrard. — *De la cirrhose du foie chez les enfants.* Th. de Lyon, 1886.
Hillairet. — Phlébite suppurée de la veine porte, inflammation du cœcum et de l'appendice, péritonite purulente. *Union médicale*, 1849, p. 258. Obs. XXIX.
Jacob. — *Contribution à l'étude de l'appendicite.* Th. Paris, 1893. Obs. VI.
Jonnesco. — *Progrès méd.*, 1894.
Jorand. — Appendicite perforante avec pyléphlébite suppurée et abcès aréolaires du foie. *Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 300. Obs. III.
Kœrte. — Traitement chirurgical des abcès du foie consécutifs à la pérityphlite. *Berlin. klin. Wocheus.*, n° 32, p. 794, 8 août 1892.
Langheldt. — *Inaug. diss. sur la pérityphlite.* Berlin, 1890.
Laure et **Honorat.** — *Revue des malad. de l'enfance*, 1887, p. 97 et 159.
Ledieu. — *Contribution à l'étude de la pyléphlébite suppurative.* Th. Paris, 1879.
Legg. — Ulcération de l'appendice vermiforme par une épingle, abcès du foie récent et guéri. *St. Bartholomew's hospital Reports*, 1875, vol. XI, p. 85. Obs. XXIV.
Lelong. — *Arch. de méd. militaire*, juillet 1891.
Letulle. — *France médicale*, 18 juin 1879.
Mac Clelland. — Ulcération de l'appendice par une épingle. Abcès multiples du foie, méningite. *Lancet*, 1886, 10 avril. Obs. XII.
Malmsten et **Axel Key.** — *Nord med. Arkiv.*, 1869, I, p. 20.
Maurin. — Th. Paris, 1890.
Monnier.— Abcès multiples du foie et phlébite de la veine porte chez un enfant de 12 ans, mort. *Bull. de la Soc. anat.*, 1892. Obs. VII.
Murchison. — Ulcération de l'appendice vermiculaire. Hépatite pyohémique. *Leçons cliniques*, 1878, p. 177. Obs. XXV.
Mussy (G. de). — Ulcération de l'appendice cœcal, pyléphlébite suppurée. Abcès du foie. *France médicale*, 1875, 10 mars. Obs. XXIII.
Netter. — Abcès du foie consécutif à une ulcération de l'appendice cæcal par une épingle. *Soc. cliniques*, 1882. Obs. XIX.
Payne. — Abcès du foie consécutif à une lésion traumatique de l'appendice vermiforme. *Transact. of. the Pathol. Soc. of London*, 1871, t. XXI, p. 231. Obs. XXVI.

Pierson. — *Trans of the medic. soc.*, New-Jersey, 1871, p. 279.

Reg. Fitz. — *Journ. of Americ med. ass.*, 10 juillet 1887, p. 46.

Reinhold.— 1° Perforation de l'appendice pérityphlite latente. Abcès du foie; 2° Ulcération de l'appendice. Pyléphlébite suppurée. Abcès du foie. *Münchener medicin. Wochenschrift*, 1887, p. 649. Obs. X et XI.

Rendu. — Ulcération de l'appendice iléo-cæcal suivie de pyohémie, in *Cliniq. med.*, 1890, t. II, p. 127. Obs. VIII.

Riedel. — *Ein fall von pylephlebites*, Diss. inaug. Berlin, 1873.

Robinson. — Ulcération de l'appendice vermiforme suivie de pyohémie. *Lancet*, 1885, 2 février, p. 333. Obs. XIV.

Schœmaker. — 1° Epingle ordinaire dans l'appendice vermiforme. Inflammation suppurée aiguë des branches appartenant au système porte. Abcès multiples du foie. 2° Gangrène de l'appendice, inflammation suppurée aiguë des branches appartenant au système porte. Abcès multiples du foie. *Medical news*, Philadelphia, 1893, vol. LXII, p. 398. Obs. IV et V.

Schvostek. — *Wien med. presse*. 1881, n° 29.

Siredey. — *Rev. de méd.*, 1886, p. 466.

Sonnenfeld. — Ulcération et gangrène de l'appendice, phlébite suppurative des veines mésaraïques et de la veine porte. Hépatite suppurée. *Wien. medic. Presse*, 1885, p. 1.258. Obs. XV.

Souques. — Abcès multiples du foie consécutif à une typhlite ulcéreuse. *Bull. Soc. anat.*, 1869. Obs. IX.

Southey. — Suppuration de l'appendice. Thrombose de la veine porte. Hépatite suppurée. *Lancet*, 25 janvier 1879. Obs. XX.

Strehler. — Inaug. Th. Zurich, 1879.

Thoinot. — *Bull. Soc. anat.*, 1884, p. 529.

Traube. — Perforation de l'appendice pyléphlébite abcès du foie, fièvre à caractère intermittent régulier (double tierce. *Deutsche Klinik*, 1859, p. 505. Obs. XXVII.

Westermann. — *De hepatit suppurative*, Dissert. inaug. Berlin, 1867.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Haute-Marne).





TABLE(S)
RUN INTO
GUTTER

